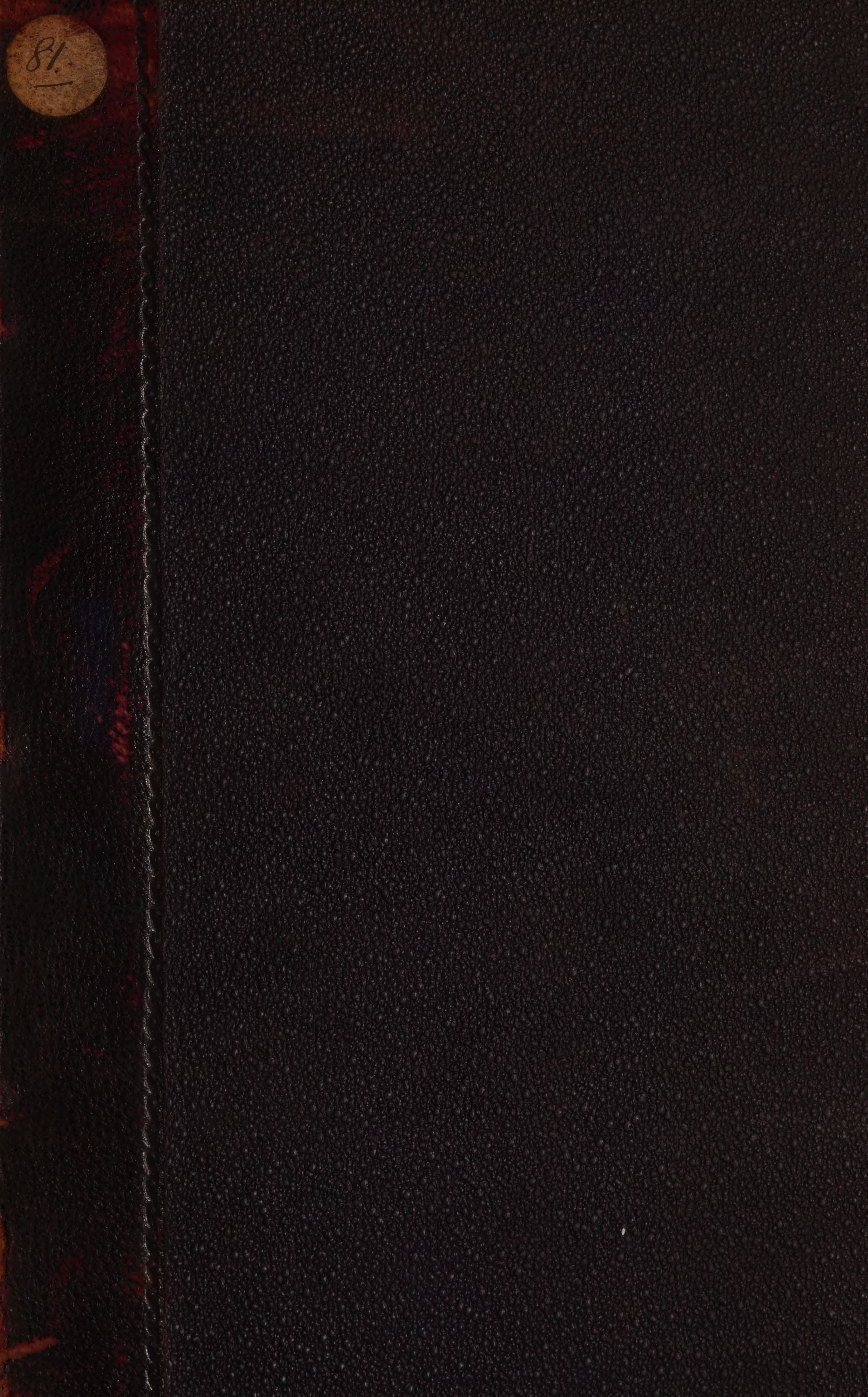
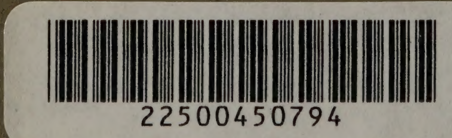
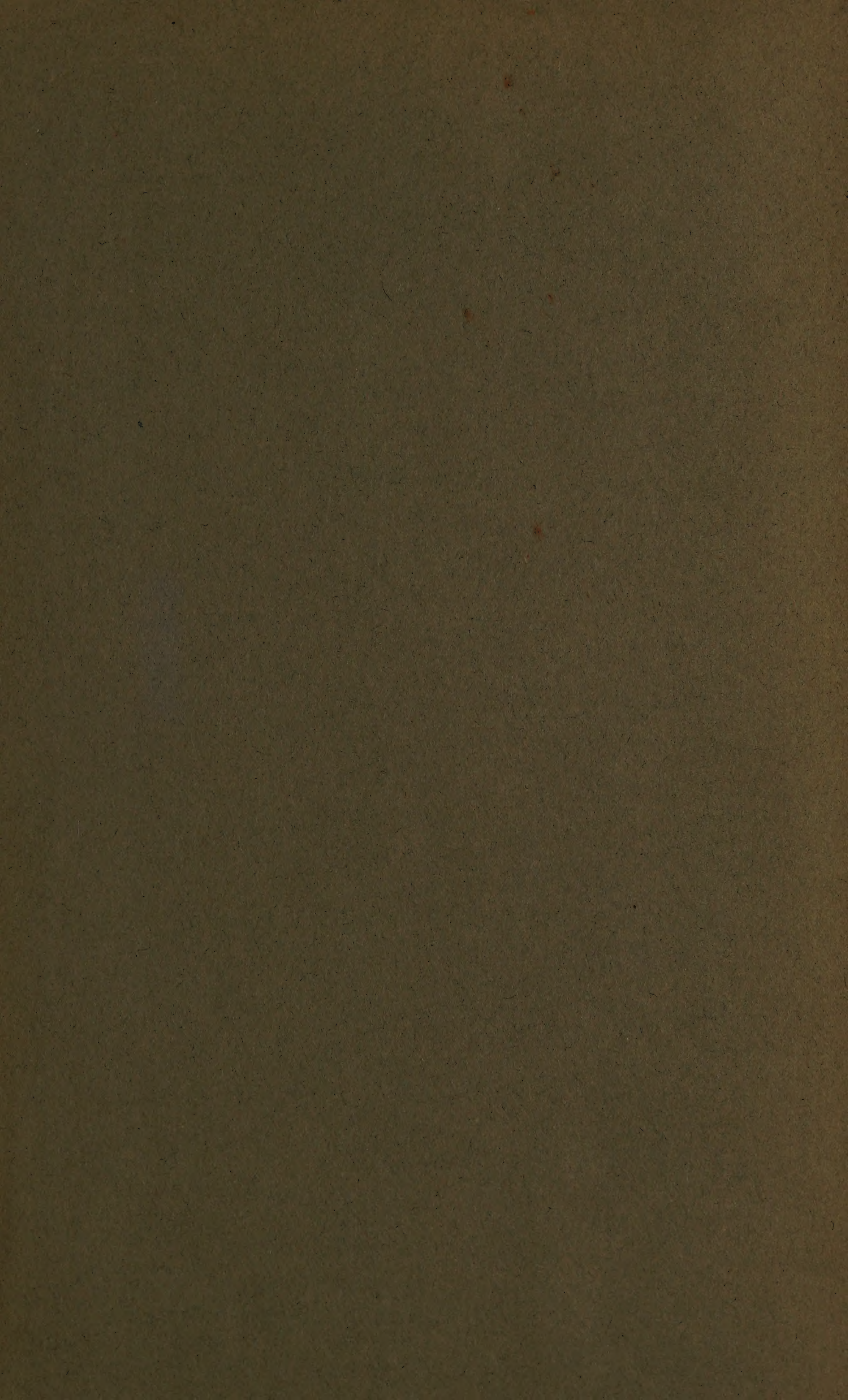
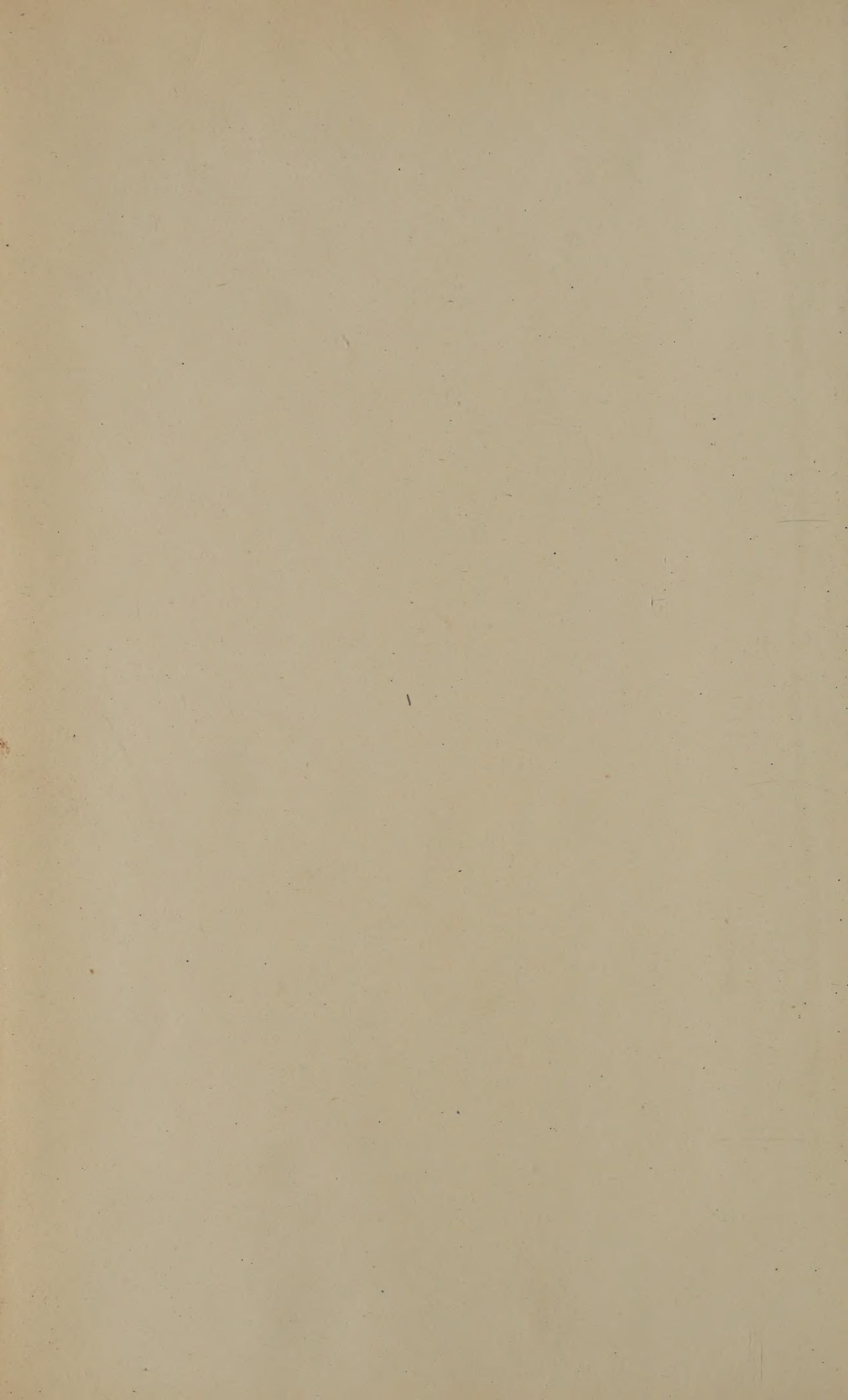
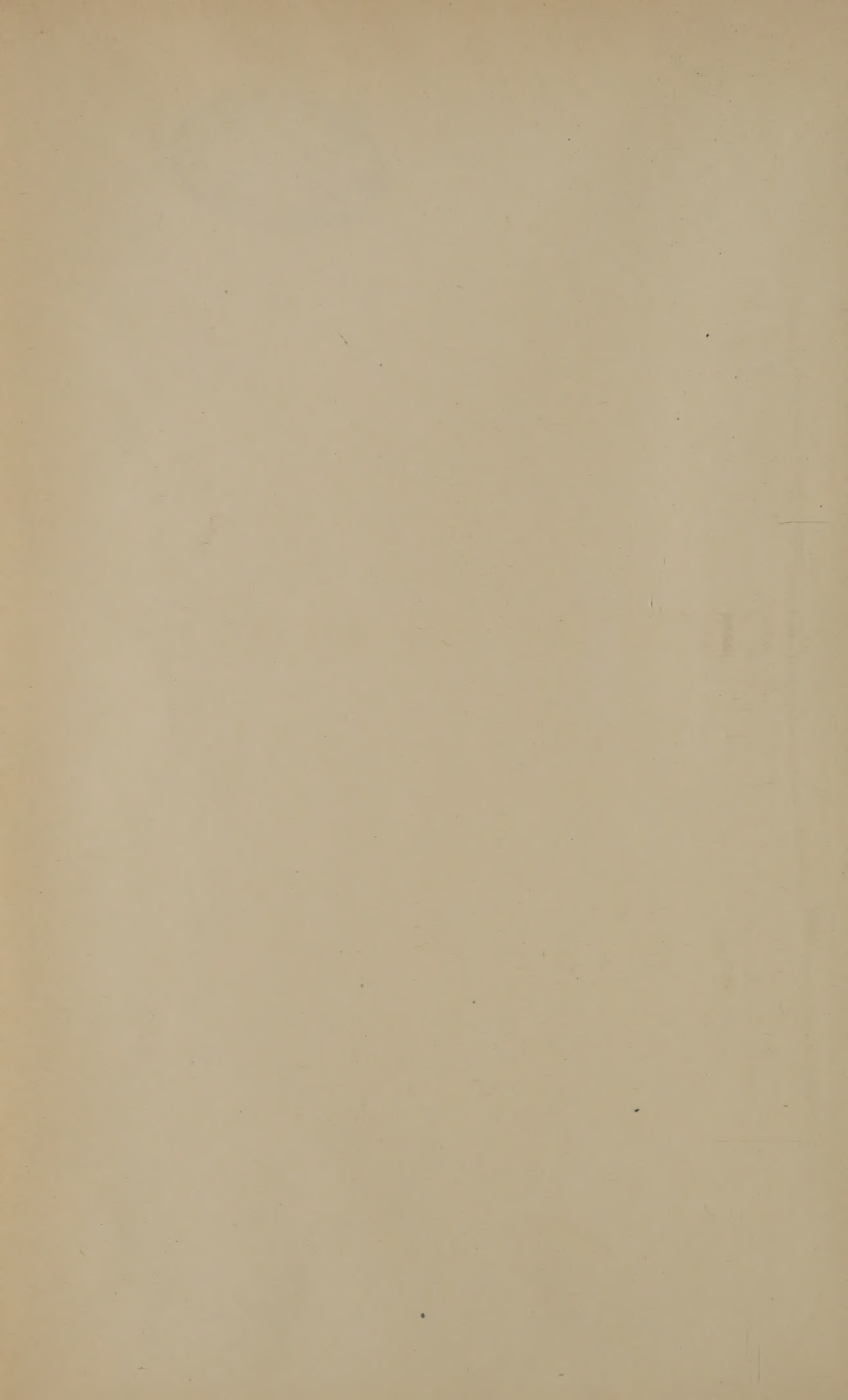

81.













REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM
Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

VINGT-TROISIÈME ANNÉE

TOME XLVI

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1895



SOMMAIRE DU N° 3

TOME XLVI

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THERAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Die electrischen Erregbarkeitsverhältnisse des peripheren Nervensystems..... (Les conditions d'excitabilité électrique du système nerveux périphérique pendant le jeune âge; leurs rapports avec la structure anatomique [de ce système), par A. WESTPHAL (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVI*, *1*, *p. 1*).

L'auteur de ce long mémoire cherche à établir que chez le nouveau-né, les gaines de myéline diffèrent de ce qu'elles sont chez l'adulte, tant au point de vue quantitatif qu'au point de vue qualitatif. Elles sont plus minces, elles présentent des interruptions, et sont disposées d'une façon irrégulière. Elles opposent une réaction différente aux agents de coloration. L'acide osmique leur communique le plus souvent une teinte verte ou jaune grisâtre, au lieu de la teinte noire qu'on obtient chez l'adulte; l'imprégnation par l'acide chromique ne les colore pas en jaune. Le carmin les colore en rouge, la nigrosine en bleu. On ne leur découvre pas de striation concentrique. Quand on les traite par les méthodes de Weigert ou de Pal, la décoloration opérée par l'hématoxyline s'effectue avec une rapidité et une intensité extraordinaires.

Les nerfs périphériqnes qui ne sont pas encore pourvus de gaines de myéline ne présentent pas d'étranglements. Les noyaux des gaines de Schwann sont remarquables par leur grosseur. Souvent ils sont entourés de masses protoplasmatiques. Ils sont plus nombreux que chez l'adulte. Les fibres nerveuses sont beaucoup plus minces qu'à un âge plus avancé.

L'endo- et le périnèvre, bien développés, se distinguent du tissu interstitiel des nerfs de l'adulte, par une richesse plus grande en noyaux.

Dans la seconde ou a troisième année de la vie, le développement des gaines de myéline, dans les nerfs périphériques, répond à peu près à ce qu'il est chez l'adulte. C'est de la troisième à la sixième semaine

après la naissance que ce développement progresse le plus. D'une façon générale il est subordonné à de grandes variations individuelles.

Les différences sont moins grandes entre le système musculaire de l'enfant et celui de l'adulte. Chez le nouveau-né, les fibres musculaires sont presque toutes arrondies ; ce n'est qu'à partir de la troisième semaine que leur surface de section prend un aspect polygonal. Puis les fibres arrondies disparaissent de plus en plus. L'épaisseur des fibres est beaucoup moindre chez l'enfant que chez l'adulte (diamètre maximum 26 μ au lieu de 30). Les noyaux du sarcolemme tranchent par leurs dimensions considérables, avec la faible épaisseur des fibres. Ces noyaux sont souvent disposés par séries, par files. Le tissu interstitiel se distingue également par sa richesse en noyaux.

Enfin, on constate, dans le jeune âge, une diminution de l'excitabilité électrique, qui paraît dépendre des circonstances anatomiques susdites et surtout du développement insuffisant des gaines de myéline. D'après Bechterew, les nerfs ne sont excitables par l'électricité que lorsque leurs gaines de myéline atteignent une certaine épaisseur.

L'auteur insiste ensuite sur la grande analogie qui existe entre l'état anormal des fibres nerveuses dans le jeune âge et l'état de ces mêmes fibres en voie de régénération à la suite d'une section, chez l'adulte. Il passe en revue de nombreux travaux qui concourent à établir cette analogie. Le même état des fibres nerveuses se retrouve chez l'adulte dans le cours d'autres processus dégénératifs avec réparation consécutive.

E. R.

Connexions du noyau rouge avec la corticalité cérébrale, par M. et Mme DEJERINE (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

La voie cérébro-cérébelleuse qui passe par le noyau rouge et le corps denté du cervelet est, contrairement à l'opinion de Meynert, Flechsig et Hösel, non pas une voie directe, mais une voie indirecte composée au moins de trois neurones : un neurone supérieur, cortical, ou corticorubrique constitué par les radiations du noyau rouge ; un neurone moyen ou rubro-cérébelleux constitué par le pédoncule cérébelleux supérieur et un neurone inférieur ou cérébelleux représenté par les fibres qui relient l'olive cérébelleuse à l'écorce cérébelleuse. Il existe une seconde voie passant par la couche optique, dont le premier neurone relie la corticalité au noyau optique (radiation thalamique) et le second unit le thalamus au noyau rouge (radiation de la calotte.) DASTRE.

Die Entwicklung des Kleinhirns (Le développement du cervelet), par W. KUITHAN (*Münch. med. Abhandl., VII, 6, 1895*).

Ce mémoire renferme l'étude détaillée du développement du cervelet chez la brebis, envisagé principalement au point de vue de l'évolution des formes extérieures. A l'occasion l'auteur a ajouté quelques renseignements sur la différenciation des couches. Il a examiné, de plus, quatre stades chez l'embryon humain. Les principales conclusions sont les suivantes.

Le cervelet, au moment de son apparition, est une formation impaire,

mais il passe cependant plus tard par un stade où il est composé de deux ébauches. On peut distinguer, dans son évolution, cinq phases :

1° Au stade de lame impaire, le cervelet se présente sous la forme d'une lame simple, arquée, étendue au-dessus de l'origine du quatrième ventricule et presque aussi épaisse en son milieu que sur les côtés ;

2° Lorsque la duplicité de l'ébauche commence à se montrer, la lame cérébelleuse s'amincit suivant le plan médian, tandis que latéralement elle s'épaissit fortement ;

3° Au stade de duplicité complète le cervelet est constitué par deux plaques épaisses réunies par un pont d'union moyen très mince ;

4° Les deux plaques se fusionnent en arrière de telle sorte que la gouttière creusée à la face ventrale de l'ébauche cérébelleuse disparaît. En avant cette gouttière persiste longtemps et ne s'efface (chez le mouton) que peu après l'apparition du vermis. Au début de ce stade, il n'y a ni circonvolutions ni vermis. Circonvolutions et vermis font leur apparition à une époque relativement tardive, quand les plaques paires se sont soudées en arrière, et c'est seulement quand les circonvolutions principales sont ébauchées qu'on peut constater une distinction entre vermis et hémisphère ;

5° Dans le cinquième stade, toute indication d'ébauches paires disparait, la gouttière ventrale médiane est totalement comblée en avant.

Nous terminons cette courte analyse en exprimant le regret que l'auteur ait complètement négligé un travail fort important, quoique écrit en français, sur le développement du cervelet (Mémoire de Lahousse, sur l'Ontogenèse du cervelet, publié en 1887). A. NICOLAS.

Contribution à l'histogenèse de la cellule nerveuse et de la névroglie, etc., par G. VALENTI (*Archives ital. de biol.*, *XX*, *p. 188*, *et Atti della Soc. Toscana*, *XII*, *Pise*, *1893*).

Les éléments ectodermiques constituant primitivement la gouttière médullaire donnent origine aussi bien aux cellules de la névroglie qu'aux cellules nerveuses. Au milieu de ces éléments s'insinuent à une période très précoce des éléments conjonctivaux embryonnaires qui, très probablement deviennent ensuite des cellules de névroglie. A la formation de la névroglie de l'adulte prennent part aussi des éléments connectifs provenant de la pie-mère, lesquels, ou isolément ou avec les vaisseaux, s'insinuent dans la substance cérébrale, cellules conjonctives ou leucocytes. Il y a donc lieu d'admettre deux espèces de névroglie, l'une d'origine et de nature conjonctivale qui fonctionne comme tissu de soutien, et l'autre, d'origine ectodermique qui a une importance plus grande. DASTRE.

Note sur le fonctionnement du système nerveux à l'occasion des travaux histologiques de Ramon y Cajal et des remarques théoriques de Duval, par Ch. MORIN (*Soc. de biol.*, *2 mars 1895*).

L'auteur comparant les préparations de l'épithélium de la membrane de Descemet par la méthode noire et par les méthodes ordinaires constate que la méthode noire fournit aux cellules des prolongements cellulaires libres et à boutons terminaux, tandis que les secondes montrent la réalité

des anastomoses cellullaires (Prenant). Il en conclut que la même chose existe peut-être pour les centres nerveux et que l'indépendance des chevelus protoplasmiques est probablement un artifice de préparation dû à l'action brisante du bichromate potassique. DASTRE.

Étude sur l'innervation du cœur des vertébrés à l'aide de la méthode de Golgi par J.-F. HEYMANS et L. DEMOOR (*Archives de biol.*, *XIII*, *4*).

Après un court historique les auteurs abordent l'étude des nerfs du cœur chez la grenouille. Les cellules des ganglions de Bidder, Remak et Ludwig sont les unes incontestablement des cellules unipolaires du type des cellules spinales, les autres, mais le fait n'est pas absolument certain, des cellules à fibres spirales. L'existence de ganglions autres que ceux qui viennent d'être cités (ganglions ventriculaires, ganglions aortiques) est douteuse.

Toutes les parties du myocarde de la grenouille sont pourvues de fibres nerveuses extrêmement abondantes, ramifiées dans les espaces interfasciculaires et constituant un réseau véritable. En effet, les diverses ramifications d'une même fibre, aussi bien que les ramifications de fibres nerveuses primitives différentes s'anastomosent entre elles. De ce réseau partent les fibrilles terminales qui vont se mettre en rapport avec les cellules musculaires par un renflement. Contrairement à l'affirmation de Ranvier, ces fibrilles terminales ne traversent nullement les fibres myocardiques.

Outre les nerfs moteurs, il existe aussi dans le cœur de la grenouille des fibres centripètes, c'est-à-dire sensitives, dans les valvules auriculo-ventriculaires, au-dessous de l'endothélium, et dans la valvule hélicoïde. Les auteurs n'ont pas déterminé quels sont les centres de ces fibres centripètes.

Chez d'autres vertébrés (mammifères, poissons et oiseaux) la présence d'un réseau nerveux dans toute l'étendue du myocarde est tout aussi indiscutable que chez la grenouille. Il s'agit bien d'un véritable réseau par anastomose entre les ramifications d'une même fibre et celles de fibres différentes.

Les vaisseaux sont accompagnés eux aussi par un riche réseau dont certaines branches vont se distribuer au myocarde.

A part les fibres nerveuses on ne trouve nulle part, dans le cœur des vertébrés supérieurs, de cellules ganglionnaires, du moins de cellules dont la signification nerveuse soit hors de doute, bien entendu à l'exception de celles qui se groupent à la base de cet organe.

Les éléments décrits récemment par Berkley comme étant de nature nerveuse paraissent plutôt devoir être interprétés comme cellules conjonctives.

A côté des détails histologiques on trouve dans ce travail des considérations intéressantes d'ordre physiologique. Une grand nombre de photogrammes y sont annexés. Tous ne sont pas aussi démonstratifs que les auteurs l'affirment et nous nous permettrons de douter que la photographie, tant qu'elle ne fournira pas de meilleurs résultats, parvienne à supplanter le dessin. A. NICOLAS.

Ueber die Kerne und Wurzeln des Nervus accessorius und Nervus vagus (Noyaux et racines des nerfs spinal et vague; innervation du larynx), par GRABOWER (*Archiv f. Laryngol.*, *II*, *2*).

G. a pratiqué des coupes en séries (1,500) pour préciser l'origine du vague et du spinal. D'après lui, le spinal serait un nerf exclusivement médullaire, et n'aurait pas d'action sur le larynx. Le noyau du spinal n'existe plus avant la fin de l'entrecroisement des pyramides. Les fibres bulbaires qu'on trouve au voisinage des fibres d'origine du vague n'appartiendraient pas au spinal et seraient celles du vague. Le pneumogastrique serait le seul nerf d'innervation du larynx; le spinal se bornant au rôle dévolu jusqu'ici à ce qu'on connaissait sous le nom de branche externe. A. CARTAZ.

Remarques sur le nerf intermédiaire de Wrisberg, par CANNIEU (*C. R. Acad. des Sciences*, *22 avril 1895*).

Au cours de ses recherches sur l'oreille interne, l'auteur a observé divers faits venant à l'appui de l'opinion qui considère le nerf intermédiaire de Wrisberg comme un rameau aberrant du glosso-pharyngien. Ces faits sont relatifs au développement du nerf acoustique, dont le ganglion, en voie de formation, émet, chez la souris, des fibres qui, au lieu de se rendre à l'épithélium auditif, vont se mêler au facial ; chez les poissons ces mêmes fibres vont se rendre dans le ganglion du nerf vague, lequel représente le glosso-pharyngien et le pneumogastrique réunis. Ainsi, chez les poissons osseux, comme chez l'homme, les carnassiers, les rongeurs, on trouve un certain nombre de cellules dont les fibrilles vont se terminer dans le champ de distribution du glosso-pharyngien, d'une part, et de l'autre part (fibres centrales) vers les noyaux centraux de ce même nerf. Chez les mammifères elles suivent le facial pour aller dans la langue. Chez les poissons osseux elles reviennent en arrière et vont rejoindre le glosso-pharyngien. En d'autres termes, le groupe de cellules qui, chez les animaux supérieurs, constitue le ganglion géniculé, existe chez les poissons osseux. Mais ici ces cellules restent unies à celles qui forment le ganglion de l'acoustique. Leurs prolongements réunis en faisceaux doivent être considérés comme les homologues de l'intermédiaire de Wrisberg et comme un rameau aberrant du glosso-pharyngien, puisque ceux qui vont au bulbe se rendent au noyau de ce dernier nerf et ceux de la périphérie vont le rejoindre en dehors du crâne. M. DUVAL.

I. — Sur l'emploi combiné du bichromate de potasse et du sulfate de cuivre pour l'imprégnation des cellules du système nerveux central, par H. BERDAL (*Soc. de biol.*, *23 février 1895*).

II. — Sur l'imprégnation des cellules du système nerveux central, par le même, (*Ibid.*, *16 mars 1895*).

III. — Sur un porte-objet à congélation, par le même (*Ibid.*, *16 mars 1895*).

I. — Le résultat a été identique à celui de Golgi, avec cet avantage que les pièces sont inaltérables et peuvent être conservées indéfiniment dans l'alcool.

II. — La formule est : solution saturée de bichromate de potasse : 1 litre; sulfate de cuivre : 25 grammes. On fait agir à 35° sur le cerveau d'un chat, pendant plusieurs jours, trois ou quatre ; on lave et on conserve dans l'alcool. L'imprégnation est plus lente à froid (20 jours environ). Les coupes (par congélation), lavées à l'eau et traitées par l'hématoxyline, montrent une coloration des cellules et des cylindres. Si l'on a passé préalablement dans l'huile d'aniline, ce sont les gaines qui se colorent.

III. — Cet instrument fonctionne soit avec le chlorure de méthyle, soit avec l'acide sulfureux liquide. DASTRE.

Ueber eine leichte und sichere Methode, die Nervenendigung an Muskelfasern und Gefässen nachzuweisen (Méthode sûre et facile pour démontrer les terminaisons nerveuses dans les fibres musculaires et les vaisseaux), par GAD et SIHLER (*Arch. f. Physiologie, p. 202, 1895*).

On place de petits fragments de muscles pendant 18 heures dans un liquide de macération formé de : acide acétique ordinaire, 1 vol. ; glycérine, 1 vol. ; solution aqueuse de chloral à 1 0/0, 6 vol. On les retire et les laisse s'imbiber de glycérine pendant 1 à 2 heures. On dilacère légèrement les fragments puis on les place pendant quelques jours dans un liquide colorant contenant : Solution d'hématoxyline d'Ehrlich, 1 p., glycérine, 1 p., solution de chloral à 1 0/0, 6 parties.

Au sortir de ce liquide, les tissus sont traités par la glycérine, puis par l'acide acétique jusqu'à ce que le ton bleuâtre ait viré au violet et que les fibres nerveuses apparaissent vivement colorées sur le fond plus pâle des fibres musculaires. On constate de cette façon que les terminaisons des fibres musculaires striées sont appliquées à l'extérieur du sarcolemme, qu'il y a des terminaisons sans plaques terminales et que les capillaires reçoivent des fibres nerveuses propres qui se détachent des filets nerveux moteurs et ne proviennent donc pas des nerfs vasomoteurs des artères ou des veines.

Les auteurs sont tentés d'attribuer à ces nerfs des capillaires un rôle physiologique important. Il est possible, suivant eux, que les prétendus nerfs sécrétoires des glandes ne soient autre chose que des nerfs se rendant aux capillaires des glandes. LÉON FREDERICQ.

Sur les plaquettes du sang, par C. SACERDOTTI (*Arch. ital. de biol., XXI, p. 449, Arch. per le sc. med., XVII*).

L'auteur répète l'observation de Bizzozero et Laker sur l'aile de la chauve-souris, et il reconnaît dans le sang circulant les plaquettes plus nombreuses que les leucocytes, et biconvexes. Les plaquettes, contrairement à Löwit, apparaissent dans la solution concentrée de chlorure de sodium à 20 0/0. Lilienfeld attribue aux plaquettes la composition (nucléo-albumine) des noyaux des leucocytes et les en fait provenir et il a comparé les plaquettes à des têtes de némaspermes. L'auteur conteste le fait. Enfin, l'auteur est en désaccord avec Hayem, relativement au rapport des plaquettes avec les globules rouges. Elles seraient toujours incolores tandis que les hématies sont colorées dès le début. DASTRE.

Étude sur l'embryologie des cheiroptères, par Mathias DUVAL (*Journal de l'anat. et de la physiol., mars-avril 1895*).

A bien des égards les cheiroptères se rapprochent des primates et de l'homme ; leur embryologie est donc particulièrement intéressante. Ayant repris d'abord ces recherches uniquement dans le but de poursuivre ses études sur le développement du placenta, l'auteur a été amené à en élargir singulièrement le cadre, en raison des faits intéressants qu'il rencontrait. C'est ainsi que dans ce premier mémoire il étudie d'abord les mœurs génitales des cheiroptères (accouplement en automne, conservation du sperme dans l'utérus pendant le sommeil hivernal, fécondation au réveil printanier), puis certaines particularités de l'ovaire (capsule ovarique avec étroite boutonnière péritonéale). Après avoir donné quelques détails techniques sur les procédés de reconstruction ou reconstitution des pièces débitées en coupes sériées, il aborde l'embryologie spéciale du Murin, et fait successivement l'étude de l'utérus et de ses annexes sur les femelles non gravides, de l'ovule en segmentation pendant qu'il parcourt l'oviducte, des œufs libres encore dans l'utérus, et enfin des premières adhérences de l'œuf à l'utérus. L'utérus est bicorne ; la gestation a toujours lieu dans la corne droite, mais l'ovule fécondé peut provenir aussi bien de l'ovaire gauche que de l'ovaire droit. La segmentation est suivie d'une gastrulation telle que celle décrite par van Beneden sous le nom de *Métagastrula*. Van Beneden a abandonné aujourd'hui sa première conception de la *Métagastrula*. L'auteur déclare qu'il la reprend, et qu'il en démontrera le bien fondé dans les mémoires qui vont suivre.

M. DUVAL.

La première apparition de la cavité cœlomique dans l'aire embryonnaire du lapin, par VAN DER STRICHT (*Soc. de biologie, 23 mars 1895*).

1° L'ébauche de la paroi du cœlome est représentée par un épaississement latéral du feuillet moyen dont les cellules acquièrent des caractères épithéliaux. Elle apparaît vers la même époque que la gouttière médullaire au niveau des parties latérales de l'extrémité antérieure de l'embryon. 2° La cavité cœlomique se forme par un procédé de délamination, en ce sens que plusieurs fentes isolées apparaissent d'abord et se fusionnent pour engendrer une fente plus volumineuse. 3° Cette cavité s'étend en avant vers les parties les plus latérales de l'aire embryonnaire tandis qu'en arrière elle a une tendance à se rapprocher des régions axiales. Cette extension s'opère par l'élargissement de la cavité formée en premier lieu et par la fusion des fentes et d'ouvertures collatérales. DASTRE.

Ueber Intercellularlücken und Kittsubstanz (Espaces intercellulaires et substance cimentante), par Th. COHN (*Anatomische Hefte herausg. von Merkel u. Bonnet, 1895*).

A la suite d'un certain nombre d'histologistes l'auteur montre que les espaces intercellulaires dans l'épiderme des amphibiens (Axolotl, Protée, Salamandre) sont de véritables espaces lymphatiques et ne sont nullement occupés par un ciment spécial.

Du côté de la surface libre de l'épithélium ces espaces sont fermés par une strie très mince d'une substance cimentante qu'on peut colorer par divers procédés et qui se voit soit sur des vues de face soit sur des coupes de l'épiderme. Ces « stries de ciment » n'occupent que l'extrême limite de l'espace intercellulaire et, en unissant les éléments voisins, obturent complètement celui-ci.

Dans l'intestin, du moins chez les amphibiens, les cellules épithéliales sont également séparées par d'étroits interstices, mais elles sont unies par des ponts protoplasmiques. Des « stries de ciment » continues ferment extérieurement ces fentes lymphatiques.

L'auteur retrouve dans d'autres épithéliums, dépourvues d'ailleurs d'espaces intercellulaires, les stries en question (estomac, rein, etc.) mais il n'a pas réussi à les mettre en évidence dans les endothéliums. Ce mince cordon de ciment qui réunit ainsi les cellules épithéliales au pourtour même de leur bord libre n'a sans doute qu'un faible rôle au point de vue de l'union même des éléments. Il est probable qu'il sert surtout à empêcher la pénétration de particules figurées, des microorganismes par exemple, dans les espaces lymphatiques intercellulaires.

A. NICOLAS.

Ueber die Articulatio crico-arytaenoidea, par E. WILL (*Thèse de Königsberg, 1895*).

Ce travail comprend deux parties. Dans la première l'auteur décrit d'après la dissection de trente larynx, les surfaces articulaires de l'articulation crico-aryténoïdienne et étudie, d'après le cadavre et le vivant, les mouvements dont cette articulation est susceptible, La surface cricoïdienne est ovale ou elliptique; la surface aryténoïdienne, moins étendue, est au contraire communément circulaire. Toutes deux appartiennent à des segments de cylindres qui se correspondent. Les mouvements sont ou bien des mouvements autour d'un axe oblique comme la surface cricoïdienne elle-même, par suite desquels les cordes vocales (du moins leur partie postérieure) s'élèvent et s'abaissent tour à tour en même temps qu'elles s'écartent ou se rapprochent, se tendent ou se relâchent; ou bien des mouvements de glissement par suite desquels le cartilage aryténoïde s'élève ou descend le long de la surface articulaire cricoïdienne. Ces mouvements s'accompagnent d'une légère rotation autour d'un axe vertical.

La deuxième partie comprend l'exposé des diverses opinions émises jusqu'à ce jour sur le mécanisme de l'articulation en question.

A. NICOLAS.

Studien über die Schilddrüsen (Corps thyroïde), par A. KOHN (*Archiv für mik. Anat., XLIV, 3*).

On sait qu'il existe à proximité des lobes latéraux de la glande thyroïde de petits organes épithéliaux pairs désignés communément sous le nom de glandules thyroïdiennes ou mieux de glandules parathyroïdes (ce terme impliquant seulement le voisinage). Leur existence a été prouvée chez un grand nombre d'animaux. L'auteur confirme leur constance chez

divers mammifères et décrit leur structure avec soin. Il les appelle : *corpuscules épithéliaux externes*, parce qu'ils sont presque toujours sur la surface externe de la glande thyroïde et qu'en tous cas une capsule conjonctive complète les isole du tissu glandulaire thyroïdien.

Outre ces corpuscules externes, il existe chez le chat (Kohn ajoute : « et vraisemblablement aussi chez d'autres mammifères » sans connaître les recherches de l'auteur de cette analyse qui a prouvé il y a plusieurs années l'existence régulière d'une deuxième glandule chez les Cheiroptères), d'une façon constante une deuxième paire de corpuscules épithéliaux, *internes* ceux-ci, structurés de la même façon mais normalement en connexion par différents points de leur périphérie avec le tissu glandulaire thyroïdien.

De plus, toujours chez le chat, on rencontre, annexés aux lobes de la thyroïde, deux corps dont la structure est à peu près identique à celle du thymus. L'un, *lobule thymique externe*, est associé au corpuscule épithélial externe; l'autre, *lobule thymique interne*, au corpuscule épithélial interne. Tous deux sont en continuité de tissu avec leur satellite épithélial, mais le second l'est, en outre, avec le tissu thyroïdien.

Ces quatre corps sont étudiés au point de vue topographique et histologique avec beaucoup d'exactitude. De tous les détails, dans lesquels nous ne saurions entrer ici, il ressort avec évidence que les corpuscules épithéliaux ou parathyroïdes, tant externes qu'internes, ne méritent à aucun point de vue d'être considérés comme des organes embryonnaires. Ils ne possèdent nullement la structure de la glande thyroïde embryonnaire et sont tout autant différenciés que beaucoup d'autres organes adultes. Tout au plus peut-on penser que ce sont des organes rudimentaires, ayant la même origine que les lobes thyroïdiens mais entrés secondairement en relation avec eux. Les lobules thymiques, à cause de leur constance, ne doivent pas être envisagés comme de simples portions du thymus accidentellement détachées de la masse principale de cette organe. Il est probable qu'ils ont également une origine distincte et se différencient pour leur propre compte. A. NICOLAS.

Beiträge zur Entwicklunsgeschichte der Gehörknöchelchen (Du développement des osselets de l'ouïe), par M. ZONDEK (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLIV*, *4*, *p. 499*).

Les ébauches cartilagineuses des arcs branchiaux précèdent, dans leur développement, la capsule labyrinthique. Celle-ci n'est encore représentée que par un tissu indifférent quand les deux premiers arcs se montrent sous la forme de cordons très nets. L'arc mandibulaire est pré-cartilagineux alors que l'arc hyoïdien possède la structure de masse formative (stade précédant le stade pré-cartilagineux).

L'enclume et le marteau avant de devenir cartilagineux constituent une formation unique, indivise. Dès qu'ils le sont, ils se trouvent séparés par une articulation, d'abord munie d'un disque intermédiaire, plus tard simple.

La masse formative de l'arc hyoïdien est en continuité directe avec l'ébauche de l'anneau de l'étrier. Chez l'embryon humain de 3^{cm} 1/2 le pont cellulaire qui les réunit, a complètement disparu.

Rien, jusqu'à présent, ne prouve que la lame de l'étrier dérive de la

paroi labyrinthique. En fait l'anneau stapédial de masse formative confine par une partie de son étendue à la paroi en question et devient cartilagineux à cet endroit, tandis que les zones qui correspondent à la fenêtre ovale et à la fenêtre ronde conservent la structure de la masse formative.

Chez l'embryon humain de 7 centimètres l'apophyse antérieure du marteau n'est pas encore soudée à cet osselet et l'os lenticulaire n'est pas encore formé. A. NICOLAS.

Die ersten Anlage von Mittelohrraum und Gehörknöchelchen des menschlichen Embryo in der 4. bis 6. Woche (L'ébauche de l'oreille moyenne et des osselets de l'ouïe chez l'embryon humain de la 4e à la 6e semaine), par SIEBENMANN (*Archiv f. Anat, u. Physiol. Anat. Abtheil.*, 5 et 6, 1894).

Le lieu de formation de l'étrier apparaît chez l'embryon humain au commencement de la 4e semaine, sous l'aspect d'une couche de blastème riche en noyaux située sur la paroi dorsale de la première poche pharyngienne. Ce blastème stapédial est au début nettement séparé du blastème de la capsule labyrinthique, à l'endroit de la future fenêtre ovale, par du tissu mésodermique, mais en d'autres régions il est en connexion avec cette capsule. Il n'est pas identique à l'anneau stapédial précartilagineux, car ce dernier se forme dans son épaisseur, seulement à la fin de la 5e ou au commencement de la 6e semaine. L'anneau stapédial de la 6e semaine a, vis-à-vis du blastème de la 4e, les mêmes relations que le cartilage de Meckel vis-à-vis du blastème de l'arc branchial tout entier.

L'endroit au niveau duquel apparaîtront le marteau et l'enclume précartilagineux est occupé pendant la 4e semaine par un blastème diffus qui appartient à la zone d'union dorsale du premier arc avec le second. Aucun groupement cellulaire spécial n'indique, même pendant la 5e semaine, la formation de ces deux osselets.

Dans la première moitié de la 6e semaine prennent naissance les arcs mandibulaire et hyoïdien précartilagineux. En même temps tous les osselets sont constitués, également à l'état précartilagineux. Leur forme est déjà très analogue à celle qu'ils auront chez l'adulte, et ils constituent une chaîne continue tendue entre les extrémités dorsales des cartilages de Meckel et de Reichert, auxquels elle s'unit. Entre l'étrier et le cartilage de Reichert, de même qu'entre le marteau et le cartilage de Meckel, il existe une pièce d'union de précartilage moins différencié.

L'étrier est accolé à la capsule labyrinthique, mais s'en distingue nettement. Il n'y a pas lieu d'admettre, avec Gradenigo, que sa plaque basale a une origine différente de celle de son anneau.

Il faut remarquer que la partie de la capsule labyrinthique qui correspond à la plaque de l'étrier, c'est-à-dire la région de la fenêtre ovale, après être passée par le stade de précartilage, se transforme plus tard directement en tissu conjonctif,

D'après ces observations, il n'est pas possible de préciser auquel des deux cartilages branchiaux appartient tel ou tel osselet, car tous ces éléments, cartilages de Meckel et de Reichert, enclume, marteau et étrier apparaissent presque simultanément, et constituent une longue chaîne continue

en fer à cheval. Les deux branches terminales de ce fer à cheval s'étendent, il est vrai, l'une dans le premier arc, l'autre dans le second, mais les pièces moyennes peuvent être avec plus de raison considérées comme indépendantes, plutôt que d'être rattachées à l'une ou à l'autre des deux branches en question.

La caisse du tympan dérive de la première poche entodermique ; à partir de la 6e semaine vient s'y surajouter la trompe, dont les parois se forment et s'allongent, grâce à l'augmentation en épaisseur des parois latérales du pharynx. La trompe n'est donc pas, chez l'homme, un simple rétrécissement de la partie inférieure de la première poche branchiale.

La surface externe de la membrane du tympan ne correspond pas à la plaque obturante, mais elle est délimitée sur la paroi ventrale de l'extrémité de la poche branchiale, au commencement de la 6e semaine, par le bourrelet du conduit auditif externe. A. NICOLAS.

Die Retina der Vögel (La rétine des oiseaux), par A.-S. DOGIEL (*Archiv für mik. Anat., XLIV, 4, p. 622*).

Couche des fibres du nerf optique. — Une grande partie des fibres qui constituent cette couche proviennent soit des cellules nerveuses de la couche ganglionnaire interne, soit des grosses cellules de la couche ganglionnaire moyenne que l'auteur a décrites jadis sur la surface externe de la couche réticulée interne. Les cylindres-axes émanent ou bien directement du corps cellulaire, ou bien d'un de leurs prolongements protoplasmiques (tronc ou ramifications). Ces fibres sont évidemment *centripètes*. A côté d'elles on en trouve constamment d'autres, en nombre relativement limité, qui se terminent dans la rétine et sont par conséquent des fibres *centrifuges*. Elles sont d'abord logées dans la couche des fibres du nerf optique, notamment dans les régions centrales de la rétine, puis elles abandonnent cette couche et traversent obliquement ou perpendiculairement la couche réticulée interne. Les unes pendant ce trajet ne se divisent pas (*fibres centrifuges indivises*), les autres au contraire se ramifient (*fibres centrifuges ramifiées*) soit déjà dans la couche des fibres optiques, soit pendant leur passage au travers de la zone réticulée interne, soit enfin sur la surface externe de celle-ci. Au total, elles se résolvent en un nombre variable de fibrilles qui vont se terminer plus ou moins loin, en formant sur la surface externe de la couche réticulée interne une véritable « couche des fibres centrifuges ».

Les fibres centrifuges se terminent de deux manières. Dans la première variété, les branches de division terminales entrent en rapport avec les cellules de la couche ganglionnaire moyenne décrites sous le nom de spongioblastes (W. Müller) ou de cellules amacrines (Cajal), qu'elles entourent d'un réseau péricellulaire. Parfois 2 ou 3 branches venues de 2 ou 3 sources différentes ou identiques prennent part à la formation d'un seul réseau de ce genre.

Quelques-unes des fibrilles du réseau péricellulaire paraissent se terminer par des épaississements de grosseur variable sur la surface de la cellule ; d'autres s'en séparent et vont se terminer entre les éléments de la couche ganglionnaire externe. Quant aux cellules elles-mêmes elles sont arrondies ou piriformes et très abondantes, surtout dans le voisinage de

l'entrée du nerf optique. Elles émettent quelques prolongements protoplasmiques épais qui s'enfoncent dans la couche réticulée interne en se divisant et s'y terminent à différents niveaux. Ce sont les seuls éléments de la couche ganglionnaire moyenne qui aient des connexions avec les terminaisons des fibres centrifuges.

Un détail important à signaler, c'est que les réseaux péricellulaires s'anastomosent entre eux par de fines fibrilles variqueuses. De plus, toutes les fibres centrifuges, indivises ou ramifiées, émettent des collatérales plus ou moins nombreuses qui se répandent à la surface externe de la couche réticulée externe et se terminent au voisinage des cellules de la zone ganglionnaire moyenne, soit sous la forme de réseau, soit sous celles d'arborisations libres.

En ce qui concerne la deuxième variété de terminaisons des fibres centrifuges, elles n'ont pas de relations directes avec les cellules de la couche ganglionnaire moyenne. Les fibres qui leur donnent naissance ont un très long trajet sur la surface externe de la zone réticulée interne, se divisent et finalement se résolvent en une arborisation plexiforme extrêmement serrée et fine. Elles fournissent en outre des collatérales, mais fibres et collatérales constituent un réseau indépendant des réseaux péri-cellulaires de la première variété. A. NICOLAS.

Zur Entwickelung des menschlichen Auges (Sur le développement de l'œil), par J. KRISCHEWSKY (*Verhandl. der Phys.-medic. Gesellschaft zu Würzburg, XXVIII*, 5).

L'auteur étudie quatre stades du développement de l'œil chez l'embryon humain (fin du 2e mois, 2 mois 1/2, 3 mois, 4 mois). Il décrit surtout en détail les diverses parties de cet organe chez l'embryon de 3 mois. Les points principaux à signaler sont les suivants :

Les granulations pigmentaires du feuillet proximal de la rétine se forment sur place par transformation du protoplasma des cellules épithéliales. On ne saurait admettre qu'elles viennent de l'extérieur des cellules conjonctives notamment.

La chambre antérieure de l'œil doit être considérée comme la partie antérieure de l'espace supra-choroïdien, séparée à un moment donné de celui-ci par le muscle ciliaire qui se développe dans cet espace, et non par le ligament pectiné, car celui-ci n'apparaît que plus tard, alors que la chambre antérieure est déjà constituée.

Les conduits lacrymaux ne semblent pas résulter de la division dichotomique de l'ébauche épithéliale solide du canal lacrymal. Il est plus probable qu'ils se forment par un bourgeonnement de l'épithélium du bord libre de la paupière et qu'ils n'entrent que secondairement en relation avec le canal lacrymal. A. NICOLAS.

Ueber subpleurale Lymphdrüsen (Des ganglions lymphatiques sous-pleuraux), par HELLER (*Deut. Arch. klin. Med., LV, p. 141*).

Il existe véritablement sous la plèvre non seulement des nodules lymphatiques microscopiques, mais de véritables ganglions (noyaux lymphatiques), visibles à l'œil nu. Ils varient beaucoup en nombre, grosseur et

aspect ; très nombreux chez beaucoup d'individus, ils sont très rares chez d'autres ; ils se distribuent très irrégulièrement. Le plus souvent ils occupent les plèvres interlobulaires, aux points nodaux de septa lobulaires. Leur volume varie de un grain de millet à une lentille ; leur couleur est celle des ganglions bronchiques ; c'est-à-dire qu'ils se colorent avec l'âge et augmentent de consistance. Leurs fonctions paraissent être les mêmes.

C. LUZET.

Morphologie des cellules endothéliales du péritoine intestinal, par A. NICOLAS (*Soc. de biol., 16 mars 1895*).

Les éléments endothéliaux émettent par leur face profonde une grande quantité de prolongements fibrillaires ou lamelleux s'enfonçant perpendiculairement dans les interstices de fibres lisses de la couche musculaire superficielle. Ces prolongements se ramifient, s'anastomosent et se continuent avec les travées du reticulum conjonctif interposé aux fibres lisses. (Schuberg 1893.) L'auteur est arrivé de son côté et indépendamment au même résultat.

DASTRE.

Recherches sur le dévelo'ppement des vaisseaux et du sang dans le grand épiploon du lapin, par P. FRANÇOIS (*Archives de biologie, XIII, 4*).

Les conclusions de ce très intéressant travail sont les suivantes :

Les réseaux vasculaires du grand épiploon du lapin s'accroissent aux dépens des extrémités terminales des vaisseaux préexistants, de bourgeons collatéraux et d'éléments vasculaires indépendants, appelés cellules et réseaux vasoformatifs. Les extrémités terminales des vaisseaux et les bourgeons d'accroissement se transforment en capillaires de trois façons différentes : *a*) ils se creusent de proche en proche ; *b*) il se forme des vacuoles vasculaires primitives, qui se fusionnent secondairement ; *c*) il se produit une dégénérescence du protoplasma axial.

Lorsqu'un capillaire termine une fusée vasculaire, l'artère et la veine de cette fusée naissent toutes deux de ce capillaire, ce qui explique leur juxtaposition habituelle.

L'existence de cellules vasoformatives indépendantes du réseau vasculaire général est incontestable. Ces éléments sont tous de la même espèce et possèdent les mêmes caractères que les pointes d'accroissement. Ils existent dès la naissance, ainsi que les réseaux vasoformatifs dont ils sont le point de départ.

Une seule cellule peut suffire pour former un réseau vasoformatif, ce qui se fait d'après le même processus que l'extension des vaisseaux et réseaux capillaires de la circulation générale, c'est-à-dire par formation de pointes d'accroissement.

La canalisation des cellules et réseaux vasoformatifs se fait par formation de vacuoles vasculaires primitives, se fusionnant secondairement ou par dégénérescence du protoplasma axial.

Les taches laiteuses de Ranvier sont des taches conjonctives. Elle n'interviennent pas dans le développement des gaines *endothéliales* de vaisseaux ni dans celui des cellules et réseaux vasoformatifs. Elles jouent peut-être un rôle dans l'édification des autres tuniques vasculaires et des îlots graisseux du grand épiploon.

Les réseaux vasoformatifs ne sont pas les seuls réseaux que l'on rencontre dans le grand épiploon. On en observe encore sur le trajet d'un capillaire ou à l'extrémité d'une artériole ou d'une veinule; enfin, sur le trajet d'une anse capillaire reliant une artère et une veine.

Les cellules et réseaux vasoformatifs et les pointes d'accroissement des vaisseaux jouent encore un rôle hématopoiétique. Ils donnent naissance à des hématies. Celles-ci sont de nature intracellulaire et ne renferment pas de noyau. Il ne se forme pas de globules blancs à côté des hématies dans les réseaux vasoformatifs.

Quant à l'origine des cellules vasoformatives, l'auteur n'a pu la préciser. Leur origine lymphatique ou conjonctive n'est pas admissible. Ce sont peut-être des pointes d'accroissement séparées de la circulation générale par rupture des parties intermédiaires. A. NICOLAS.

Bemerkung über die Form und Lage des menschlichen Duodenums (Sur la forme et la situation du duodénum chez l'homme), par E. BALLOWITZ (*Anat. Anz., X, n° 18*).

En injectant le duodénum avec une masse solidifiable de façon à conserver sa forme et sa situation, l'auteur a constaté que dans la majorité des cas (10 sur 12) cette portion de l'intestin affecte la forme d'un tube en U dont la concavité regarde en haut et dont les deux extrémités se recourbent en avant. L'extrémité droite courbe et plus ou moins dirigée en dedans est formée par la *pars superior*, l'extrémité gauche par la courbure duodénojéjunale. La branche droite de l'U répond à la *pars descendens*, la gauche avec le fond de l'U à la *pars ascendens*. L'endroit le plus déclive de l'U, situé habituellement à la hauteur de la 3e ou de la 4e vertèbre lombaire, coïncide avec la convexité inférieure de la courbure duodénale inférieure.

Ces résultats concordent presqu'entièrement avec ceux que Jonnesco a fait connaître dans ses recherches sur le duodénum. L'auteur n'admet pas cependant comme celui-ci qu'il y ait lieu de faire une catégorie spéciale pour les formes en V. Ces formes résulteraient non pas comme le pense Jonnesco de l'absence du segment pré-aortique mais de son obliquité considérable en haut et à gauche.

Ballowitz ne croit pas non plus que le type annulaire fasse constamment défaut chez l'adulte car il en a observé un cas très net. Il conclut donc en distinguant trois formes : 1° formes en U ; 2° formes annulaires ; 3° formes de passage entre les deux précédentes. A. NICOLAS.

Zur Frage über die Ganglien der Darmgeflechte bei den Säugethieren (Sur les ganglions des plexus de l'intestin chez les mammifères), par A.-S. DOGIEL (*Anat. Anz., X, 16*).

Dogiel montre que les éléments des ganglions annexés aux plexus de Meissner et d'Auerbach ne diffèrent pas des cellules sympathiques ordinaires. Elles possèdent des prolongements protoplasmiques (1 à 8) ramifiés qui se terminent non pas directement au contact des éléments avoisinants mais toujours à l'extérieur de leur gaine d'enveloppe, et un prolongement cylindraxile qui quitte le ganglion et va se terminer dans un autre, plus ou moins éloigné, en suivant les cordons nerveux du plexus. Ce prolon-

gement se divise souvent au niveau des nœuds du plexus. De plus il fournit pendant son trajet des collatérales qui se terminent comme lui par des réseaux péricellulaires au contact des cellules ganglionnaires.

Outre les cellules ganglionnaires il existe dans ces mêmes plexus et dans toutes les régions conjonctives de la paroi intestinale des éléments multipolaires signalés comme cellules nerveuses par Cajal. Dogiel décrit leurs caractères et leur distribution et conclut qu'ils n'ont aucun rapport immédiat avec les éléments nerveux des plexus sympathiques. On les trouve annexés aux vaisseaux et ce sont eux qui constituent les soi-disant ganglions interstitiels de Cajal. A. NICOLAS.

Ein Beitrag zur mikroskopischen Anatomie der Speicheldrüsen (Glandes salivaires), par A. WILDT (*Inaug. Diss. Bonn, 1895*).

Ce travail est surtout un exposé historique assez complet des diverses opinions émises sur la structure des glandes salivaires et du pancréas. Les recherches personnelles de l'auteur n'y occupent qu'une modeste place. Il montre que dans toutes les glandes qu'il a examinées, l'élément morphologique fondamental est le tube. Celui-ci se termine par une extrêmité plus ou moins élargie et émet des branches qui, à leur tour, ont une longueur variable et se dilatent plus ou moins à leur terminaison. Les tubes élargis à leur extrémité sont d'ailleurs fréquents, et des glandes indubitablement tubuleuses présentent cette particularité ; ainsi, par exemple, les glandes de Lieberkühn, celles de Brünner, chez le chien et le chat, les tubes du rein. A. NICOLAS.

Ein Beitrag zur normalen..... (Anatomie normale et pathologique des voies urinaires et de leurs dépendances glandulaires), par L. ASCHOFF (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVIII, 1 et 2*).

Aschoff a étudié la vessie et l'urètre de plusieurs enfants féminins (nouveau-nés), et de plusieurs enfants masculins (nouveau-nés) au point de vue de la constitution de la muqueuse.

Voici les résultats essentiels de ses recherches : Le bassinet, la vessie et l'uretère féminins manquent de glandes ; cependant on rencontre parfois des follicules clos dans la muqueuse du bassinet.

Chez les enfants du sexe masculin, *l'urètre prostatique* est entouré sur sa face postérieure, par la prostate, mais la muqueuse de la face antérieure de l'urètre est pourvue de glandes semblables, moins développées, il est vrai, puisque leur fond n'arrive que dans la couche sousmuqueuse.

Ces glandes se poursuivent et s'étendent sur la moitié supérieure de la région membraneuse où elles constituent le groupe glandulaire découvert par Littre. Les glandes de Littre sont des glandes muqueuses.

La moitié inférieure de l'urètre membraneux est dépourvue de glandes.

L'urètre de la région bulbeuse est pourvu de deux glandes muqueuses, qui débouchent en arrière des conduits des glandes de Méry.

Les glandes de l'urètre spongieux sont nombreuses et forment essentiellement un groupe médian supérieur et deux groupes latéraux.

La moitié inférieure de l'urètre féminin est pourvue de glandes ana-

logues aux glandes prostatiques du sexe masculin ; elle possède en outre les deux canaux de Skene.

Chez l'adulte, la disposition fondamentale reste la même, mais ces glandes peuvent s'y transformer en kystes, grâce à la formation de cloisons membraneuses. ÉD. RETTERER.

Centrosoma und Attraktionssphäre in der ruhenden Zelle des Salamanderhodens (Centrosome et sphère attractive dans les cellules au repos du testicule de la salamandre), par B. RAWITZ (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLIV*, *4*, *p. 555*).

L'auteur a étudié, comme l'indique le titre, les cellules séminales au repos (fin d'avril), en employant sa méthode de coloration par les couleurs basiques d'aniline, fuchsine ou safranine, après traitement des coupes par le tannin et le tartre stibié. Ce procédé qui transforme en colorant plasmatique un colorant nucléaire (coloration adjective) donne des images particulièrement nettes des structures protoplasmiques.

Dans des préparations ainsi traitées on peut constater l'union des filaments du réseau achromatique (réseau de linine) nucléaire avec les filaments du cytoplasme, fait de la plus haute importance récemment mis en lumière par Reinke.

Chaque cellule renferme une sphère attractive, masse sphérique homogène, située à une distance variable du noyau et sur la périphérie de laquelle s'insèrent en quelque sorte les travées de la charpente cytoplasmique. Au milieu de la sphère on voit un corpuscule central, et autour d'elle le cytomitom s'agence en une couche compacte dont les fibrilles sont disposées en couches concentriques. Une ligne qui unit le centrosome au centre du noyau partage la cellule en deux moitiés symétriques.

A côté de ces formes normales de sphère attractive il en est d'autres plus rares qui peuvent être interprétées ou bien comme des formes régressives ou bien comme des formes de division. De plus on trouve assez souvent des sphères appartenant à deux cellules voisines unies entre elles par un mince pont, plus ou moins long, qui, naturellement, traverse l'interstice inter-cellulaire.

Dans la deuxième partie de son travail Rawitz montre en quoi ses observations concordent avec celles de Meves, en quoi aussi elles en diffèrent. Puis il critique certaines des conclusions de Heidenhain relatives à la manière d'être et à la signification de la sphère attractive. Sa conclusion générale est que la cellule séminale est un organisme bilatéral-symétrique qui possède un organe central régulateur, la sphère attrachive, et dans lequel le cytomitom est uni au réseau de linine du noyau.

A. NICOLAS.

Ueber die Zellen des Sesambeins..... (Sur les cellules du nodule sésamoïde du tendon d'Achille de la grenouille et sur leur corpuscule central), par Fr. MEVES (*Archiv f. mik. Anat.*, *XLV*, *1*).

Les éléments du nodule sésamoïde du tendon d'Achille de la grenouille complètement développés sont de grosses cellules dont le corps cellulaire est complètement homogène. Au voisinage du noyau on trouve un amas granuleux, clair dans sa partie centrale. Cet amas n'est autre chose que

la sphère attractive, il renferme un, deux ou plusieurs corpuscules centraux, et représente tout ce qui reste de la masse filaire disparue petit à petit au cours du développement de la cellule.

Les divisions mitotiques ne sont pas rares dans les cellules jeunes, tandis que les cellules adultes ne se divisent jamais par le mode de la division indirecte.

Parmi les éléments du nodule sésamoïde, on en observe assez fréquemment chez la jeune grenouille, rarement chez l'animal adulte, qui se caractérisent par le volume considérable de leur noyau et dans lesquels le corpuscule central s'est multiplié. Meves a pu compter de 6 à 9 microcentres. Ces noyaux se divisent par amitose.

Ces observations, en prouvant la persistance de la sphère attractive et des corpuscules centraux dans des cellules aussi profondément modifiées et qui semblent avoir perdu la propriété de se diviser mitotiquement, apportent un argument de plus en faveur de la spécificité de ces formations.

A. NICOLAS.

PHYSIOLOGIE.

Nouvelle méthode pour démontrer si la vitesse de la conductibilité nerveuse est égale ou non dans les fibres sensitives et motrices chez l'homme, par G. GRIGORESCU (*Soc. de biologie, 16 février 1895*).

L'auteur suppose que les centres psycho-moteurs sont à l'extrémité d'un parcours centripète (excitation d'un point périphérique) et d'un parcours centrifuge (réaction motrice), égaux en longueur, ou que l'on peut choisir égaux en longueur. On excitera la peau à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du tibia, et on provoquera une contraction de l'extenseur propre du gros orteil, au même point. On note la durée, soit 20″. Ceci posé on excite (action de la volonté) la partie centrifuge du trajet. On doit trouver 10″ si la vitesse sensitive est égale à la vitesse motrice. En second lieu, on réduit la longueur du parcours sensitif, en excitant successivement des points de plus en plus rapprochés de la zone corticale (apophyse épineuse de la dernière lombaire, de la dernière cervicale, de la deuxième cervicale et du lobule de l'oreille) les réponses ont lieu après 15 centièmes de seconde, 12 centièmes, 10 centièmes. Cette réduction de 10 centièmes sur la durée cyclique de 20 centièmes exprime la durée du parcours sensitif. En résumé, dans le trajet du sciatique et de la moelle, les deux vitesses sont les mêmes; dans les membres supérieurs, elles sont inégales.

DASTRE.

Vitesse de la conductibilité sensitive dans le sciatique et dans la moelle épinière chez l'homme sain et chez l'ataxique, par GRIGORESCU et CONSTANTINESCU (*Soc. de biologie, 30 mars 1895*).

La vitesse de la conductibilité sensitive dans le sciatique ou au total (sciatique et moelle épinière) est de 24^{m},77 à 31^{m},35 par seconde. Mais la conductibilité sensitive dans la moelle épinière présente une vitesse de 51^{m},43 par seconde (six fois plus grande que celle que l'on admet généralement). Dans l'ataxie locomotrice il y a diminution de la vitesse dans le sciatique, puis et surtout dans la moelle épinière. DASTRE.

Influence de la chaleur sur la vitesse de transmission de l'excitation dans les nerfs sensitifs de l'homme, par E. OEHL (*Arch. ital. de biol., XXI, p. 401, et Rendi Conti del Inst. Lombard, XVII*).

Il y a une différence de durée des temps digitaux et frontaux normaux dans les mois d'hiver et d'été. Cette durée est plus grande en hiver; les mois de décembre, janvier, février donnèrent une vitesse de 35 et les mois de mars, avril, mai une moyenne de 41 mètres. DASTRE.

Zur Frage..... (Action différente du même excitant sur les différents nerfs), par Max LEVY-DORN (*Archiv f. Physiologie, p. 198, 1895*).

Grützner admet que les nerfs gangliopètes (nerfs centriprètes et nerfs vaso-dilatateurs de la peau), sont excités par le courant galvanique et par la chaleur à l'exclusion des nerfs gangliofuges (le reste des nerfs centrifuges), tandis que ces derniers seraient seuls susceptibles d'être excités par la solution concentrée de chlorure sodique.

Levy-Dorn constate au contraire que si l'on échauffe le sciatique du chat (eau à + 49°), les nerfs sudoripares sont excités tandis que les moteurs sont presque réfractaires à cette excitation thermique, alors que les deux catégories de fibres nerveuses montrent le même degré d'excitabilité vis-à-vis de l'excitation faradique. Cette différence de réaction des différents nerfs vis-à-vis des différents agents d'excitation dépend peut-être de différences de constitution des terminaisons nerveuses périphériques. LÉON FREDERICQ.

Sulla distribuzione dei radici motrici... (De la distribution fonctionnelle des racines motrices dans les muscles des membres), par POLIMANTI (*Lo Sperimentale, parte biol., p. 275, 1894*).

D'après son origine médullaire, l'innervation des membres présente une systématisation évidente, c'est-à-dire que les filets moteurs émergeant à un niveau donné se distribuent à des muscles synergiques, pour produire un mouvement associé, qui de plus est combiné pour une fonction donnée; ainsi on peut, en excitant une racine, faire mouvoir des muscles antagonistes, mais le mouvement ainsi produit est adapté à un acte habituel ou volontaire. Dans les différentes espèces animales, les muscles mis en mouvement par l'excitation d'une racine donnée varient, comme les instincts et habitudes de l'animal. On peut donc être induit à penser que l'hérédité ou des habitudes produisent des conditions fonctionnelles telles qu'il en résulte un rapport plus direct entre ces groupes fonction-

nels et les centres nerveux; ainsi s'explique comment certaines actes compliqués, instinctifs ou autres, peuvent se produire sans participation des centres encéphaliques. C. LUZET.

Observations sur le développement histologique de l'écorce cérébelleuse par rapport à la faculté de se tenir debout et de marcher, par A. LUI (*Arch. ital. de biologie*, *XXI*, *p. 395*, *et La Riforma medica*, *20 janvier 1894*).

L'écorce du cervelet est à des états différents de développement au moment de la naissance. L'époque où elle atteint sa constitution définitive coïncide avec le temps ou l'animal devient apte à se tenir debout. Les modifications consistent en une disposition progressive des noyaux de la zone externe, augmentation considérable de la couche moléculaire, modification des cellules de Purkinje devenant globuleuses, et émigration du noyau vers le centre ou la partie supérieure de la cellule. DASTRE.

Zur Prüfung des Drucksinnes (Épreuves de la sensibilité tactile), par W.-A. NAGEL (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *LIX*, *p. 595*).

Von Frey a proposé une méthode d'appréciation de la sensibilité tactile, consistant à employer comme excitant des poils de diverses résistances fixés à une baguette. On les applique perpendiculairement à la surface explorée et on a apprécié directement leur résistance à la flexion en agissant sur le plateau d'une balance sensible. Ce mode d'opérer n'est légitime que si l'on tient compte, pour apprécier la valeur de l'excitant, non pas de la pression calculée pour l'unité de surface mais de la force nécessaire pour fléchir le poil œsthésiométrique, évaluée en grammes.

DASTRE.

Die Sensibilität der Conjunctiva und Cornea des menschlichen Auges (Sensibilité de la conjonctive et de la cornée), par W.-A. NAGEL (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *LIX*, *p. 563*).

Von Frey a prétendu que la conjonctive et la cornée n'étaient sensibles qu'à la douleur. En réalité elles sont sensibles au contact, comme on peut s'en assurer avec des objets mous, humides et chauds de quelque étendue et même par des contacts punctiformes (pointe d'un cheveu). Ces organes peuvent aussi distinguer le chaud et le froid : le corps froid produisant une sensation spécifique à côté de la sensation de contact ; le corps chaud agissant négativement, comme non-froid. Il y a des points sensibles et d'autres insensibles à ces deux sortes d'excitation, contact et température, inégalement distribués chez les différents sujets. Le cul-de-sac conjonctival est le moins sensible aux contacts ; il est sensible au froid qui devient douloureux, pas au chaud. La conjonctive de la paupière inférieure se comporte comme celle du globe oculaire.

La conjonctive de la paupière supérieure, renversée artificiellement, est insensible au contact et à la température. La caroncule est le plus souvent sensible à la chaleur et au froid. Dans l'état d'inflammation, il y a hyperalgésie et diminution considérable des sensibilités tactile et thermique. Un courant d'air frappant la conjonctive ou la cornée est perçu comme froid, qu'il soit chaud ou froid : s'il est très chaud il est en même

temps douloureux. La même chose se produit avec la muqueuse de la langue. La caroncule apprécie l'air chaud, comme chaud. Le réflexe oculo-palpébral se produit moins facilement si l'on touche la conjonctive ou la cornée avec un objet chaud qu'avec un objet froid. Les courants d'induction provoquent sur la conjonctive et la cornée une douleur continue, piquante, contrairement à ce qui se produit pour la langue. Le seuil d'excitation est plus élevé que pour la langue. DASTRE.

De l'absorption de la graisse dans les sacs lymphatiques de la grenouille et de la tortue, par J.-L. PRÉVOST (*Rev. méd. Suisse romande, XIV, 10, p. 533*).

Le but premier de ces expériences était d'élucider le processus d'absorption de l'huile injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, méthode thérapeutique en usage depuis quelques années dans le traitement des affections pulmonaires. Les expériences de Prévost ont un autre résultat, c'est de démontrer l'indépendance des systèmes veineux et artériel dans le ventricule cardiaque unique de la grenouille. En voici les conclusions: L'huile non émulsionnée, injectée dans les sacs lymphatiques de la grenouille est absorbée. Elle pénètre d'abord dans le système capillaire pulmonaire dans lequel elle ne tarde pas à former des embolies graisseuses. Après un temps plus ou moins long, la graisse franchit le réseau capillaire des poumons pour pénétrer les vaisseaux de la circulation générale et y former des embolies. Les diverses phases du phénomène peuvent être suivies au microscope sur la membrane digitale, la langue ou les poumons.

Les embolies de la grande circulation sont toujours consécutives de plusieurs jours aux embolies pulmonaires. Ce fait démontre que le sang venant de l'oreillette gauche ne se mélange pas intimement avec celui qui vient de l'oreillette droite, quoique le cœur de la grenouille n'ait qu'un seul ventricule. En effet, si cela était, les embolies de la grande circulation devraient être contemporaines de celles des poumons.

La graisse émulsionnée par la gomme et le lait est beaucoup plus rapidement absorbée que l'huile non émulsionnée.

Les embolies graisseuses généralisées, si elles ne sont pas très étendues, peuvent ne produire aucun trouble physiologique appréciable chez la grenouille ; mais, dans d'autres cas, on constate une torpeur caractéristique, un affaiblissement progressif de l'animal qui peut succomber au bout d'un temps plus ou moins long à cette infiltration générale du système sanguin par la graisse. J. B.

Contraction du muscle quadriceps dans l'acte du coup de pied, par Paul RICHER (*Soc. de biol. 23 mars 1895*).

C'est un exemple de contraction balistique; le muscle quadriceps étend brusquement la jambe sur la cuisse, mais on voit sur les instantanés que le relâchement du muscle s'est produit avant que l'extension du membre soit complète et ils montrent un gonflement énorme à la partie antérieure de la cuisse, dû à la masse du muscle relâché projetée en avant comme un corps inerte. DASTRE.

Du mode d'action des muscles antagonistes dans les mouvements très rapides, alternativement de sens inverse, par Paul RICHER (*Soc. de biologie, 16 mars 1895*).

L'auteur se préoccupe des changements de la forme extérieure déterminés par la contraction musculaire. Dans les mouvements lents (flexion ou extension de l'avant-bras sur le bras) il n'y a point de différence, et l'inspection des instantanés photographiques ne montre aucune différence en rapport avec le sens du mouvement. Mais si le mouvement s'exécute rapidement, la flexion et l'extension se distinguent en ce que le biceps est relâché dans l'extension et le triceps, en arrière, contracté. Dans la flexion rapide le biceps est à la fin complètement aplati, tandis qu'il est en relief dans la flexion lente. Dans les mouvements rapides les muscles se contractent et cessent leur action bien avant que le membre ait achevé son mouvement. L'élévation du bras en dehors est le fait de la contraction des deux tiers antérieurs du deltoïde : son tiers postérieur est abaisseur. Si le mouvement est lent, un instantané ne permet pas de reconnaître s'il s'élève ou s'abaisse. Si le mouvement est rapide, la distinction est facile : dans la montée il y a contraction des 2/3 antérieurs du deltoïde. S'il descend, du tiers postérieur. Il y a une *contraction balistique* qui lance le membre dans une direction et cesse avant que le membre ait achevé sa course. DASTRE.

Des mouvements que certains animaux exécutent pour retomber sur leurs pieds, lorsqu'ils sont précipités d'un lieu élevé, par MAREY (*C. R. Académie des Sc., 29 octobre 1894*).

Le phénomène étudié par Marey est assez important, au point de vue de la mécanique animale, pour être brièvement analysé ici ; son explication trouvera sans doute des applications à la mécanique humaine, peut-être pour la question encore si controversée du levier formé par le calcanéum dans le mouvement d'élévation sur la pointe du pied. Il s'agit du retournement opéré par le chat, le chien, le lapin, et qui a pour effet de le faire retomber sur ses pattes, alors que sa chute a commencé avec les pattes dirigées en haut. Cet effet a toujours paru paradoxal au point de vue mécanique, attendu que ces animaux, libres dans l'espace pendant leur chute, manquent de point d'appui extérieur pour effectuer ce retournement. Or le phénomène, étudié par la chronophotographie, montre que c'est sur l'inertie de sa propre masse que l'animal prend des appuis successifs pour se retourner. Le couple de torsion que produit l'action des muscles vertébraux agit d'abord sur l'avant-main dont le mouvement d'inertie est très faible parce que les pattes antérieures sont raccourcies et serrées près du cou, pendant que les membres postérieurs, fortement allongés, présentent un moment d'inertie très résistant ; puis, dans un second temps, l'attitude des pattes est inverse, et c'est l'inertie de l'avant-main qui fournit un point d'appui pour la rotation de l'arrière. En un mot, l'animal retourne d'abord la partie antérieure du corps en s'appuyant sur la partie postérieure, puis il retourne cette moitié postérieure en s'appuyant sur l'antérieure. M. DUVAL.

Sur la signification du dégagement d'acide carbonique par des muscles isolés du corps, comparée à celle de l'absorption de l'oxygène. — Sur la part respective que prennent les actions purement physiques et les actions physiologiqnes au dégagement d'acide carbonique par les muscles isolés du corps, par J. TISSOT (*C. R. Acad. des Sciences, 11 et 18 mars 1894*).

La quantité d'acide carbonique totale, dégagée par un muscle isolé du corps, ne saurait être prise pour la mesure de l'activité physiologique de ce muscle, puisque l'expérience montre que ce dégagement est au maximum quand le muscle est tué par la chaleur. Ce dégagement a deux sources : 1° un phénomène purement physique, c'est-à-dire le départ de l'acide carbonique préformé et contenu dans le muscle à l'état de dissolution ou de combinaison instable ; en effet, non seulement le muscle mort, tué par la chaleur, dégage de l'acide carbonique, mais encore cette quantité est d'autant plus grande que le muscle est soumis à une température plus élevée et les diverses conditions qui modifient ce dégagement exercent la même action que dans le cas d'une simple solution d'acide carbonique ; 2° un phénomène physiologique, production d'acide carbonique sous l'influence de l'activité vitale du muscle ; en effet, un muscle placé dans l'air dégage plus d'acide carbonique qu'un muscle identique (le muscle similaire du même animal) placé dans un gaz inerte.

M. DUVAL.

Zur Frage der queren Muskelerregbarkeit (Sur l'excitabilité transversale des muscles), par B. KURTSCHINSKY (*Arch. f. Physiol., p. 5, 1895*).

L'auteur résout dans le sens affirmatif la question de l'excitabilité des fibres musculaires par des courants électriques dirigés transversalement. Les muscles paraissent près de deux fois moins excitables dans le sens transversal que dans le sens longitudinal (1 : 1.75). Mais il faut tenir compte de ce fait que la résistance électrique est beaucoup plus forte dans le sens transversal que dans le sens longitudinal. Si l'on tient compte de ce facteur qui affaiblit le courant dans le sens transversal on peut affirmer que l'excitabilité spécifique de la substance musculaire est plus forte dans le sens transversal que dans le sens longitudinal.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Galvanotaxis (Sur la galvanotaxie), par W.-A. NAGEL (*Archiv f. die ges. Physiol., LIX, p. 603*).

La galvanotaxie est l'orientation que prennent les organismes libres sous l'influence du courant électrique. C'est un phénomène très répandu chez les animaux supérieurs comme chez les inférieurs, mais très inégalement, jusqu'au point de paraître manquer absolument. Les lois n'en sont pas les mêmes partout. On les a étudiées surtout chez les vertébrés inférieurs, les mollusques et les protistes et vers. Chez les poissons et les larves d'amphibiens, il s'agit d'un effet du courant continu sur le système nerveux central excité par le courant ascendant ramené au repos par le courant descendant; passagèrement paralysés ils s'arrêtent jusqu'à ce que leur tête soit tournée vers l'anode (position antidromique) dans le courant descendant. Chez les protistes il y a une excitation unipolaire du corps cellulaire. Chez les mollusques une excitation unilatérale

du système nerveux phériphérique; chez eux les phénomènes d'excitation se produisent habituellement au pôle anode. Ils se détournent de celui-ci et se tournent vers le pôle négatif, position dans laquelle l'excitation des parties les plus irritables est la moindre possible, et se meuvent ainsi orientés. Les vers se comportent en général comme les mollusques. Chez les arthropodes les faits sont moins connus. DASTRE.

Untersuchungen über den Galvanotropismus (Recherches sur le galvanotropisme), par K. LUDLOLFF (*Archiv f. die ges.Physiol.*, *LIX*, *p. 525*, *1895*).

Le passage d'un courant continu dans un liquide peuplé de paramécies les oriente le pôle antérieur au pôle négatif où elles s'accumulent. Si l'on rompt le courant, elles s'orientent vers le pôle positif (Verworn). L'auteur étudie ce fait et en précise les circonstances et le mécanisme. Le courant, en somme, provoque une excitation de contraction au pôle positif et d'expansion au pôle négatif. Le galvanotropisme est un phénomène d'excitation polaire des deux pôles en sens contraire; observation intéressante en ce qu'elle montre sur une seule cellule les caractères opposés des excitations anodique et cathodique, comme cela a lieu pour le muscle. DASTRE.

Emploi en physiologie expérimentale des courants alternatifs de haute tension par les machines électrostatiques, par A. ROUXEAU (*Archives d'électricité méd. 15 janvier 1895*).

On suspend au voisinage de chacun des pôles d'une machine électrostatique (de Holtz, de Wimshurst) une bouteille de Leyde, dont les armatures externes sont reliées par un fil résistant. Les étincelles qui éclatent entre les pôles de la machine, déterminent dans ce circuit des appels et reflux successifs d'électricité, c'est-à-dire un courant alternatif à très haute tension (James Morton, 1891, Van Pascheles, 1892, Leduc, 1893). Les courants peuvent être employés comme moyens d'excitation expérimentale des muscles et des nerfs.

Ces courants peuvent exciter par contact direct. Mais ils possèdent aussi une puissance inductrice considérable et peuvent exciter à distance; pour cela il faut faire communiquer avec le sol l'armature externe d'une des bouteilles de Leyde. La zone influencée s'étend à quelque distance. Si l'on dispose dans le voisinage un myographe avec nerf sciatique chargé sur excitateur métallique, celui-ci étant mis en rapport avec une grande masse métallique ou le corps de l'expérimentateur, par exemple, qui le touche du doigt, le nerf est excité. Il y a une contraction correspondante.

Le simple rapprochement de la masse influencée, (corps de l'expérimentateur qui fait un geste vers le myographe,) suffit à produire la contraction. Si l'on interpose un condensateur à air libre, dont le plateau A soit en relation avec l'armature externe de la bouteille de Leyde isolée et le plateau B en rapport avec une pointe métallique mousse qu'on promène sur la peau (en la tenant par un manche isolant), on excite les nerfs sensitifs sous-jacents. On excite de même la fibre musculaire et l'on peut produire un tétanos parfait. Enfin, malgré leur tension excessive, les courants permettent de localiser les excitations

avec une précision extrême. En promenant la pointe mousse sur le poignet, transversalement, au niveau du tronc du médian, on excite successivement et séparément tous les filets collatéraux des doigts. On peut aussi localiser les excitations motrices. DASTRE.

De l'obstacle apporté par le placenta au passage des substances anticoagulantes, par E. WERTHEIMER et C. DELEZENNE (*Soc. de biol., 16 mars 1895*).

La peptone de Witte et l'extrait de sangsue injectés à une chienne pleine, n'empêchent par la coagulation du sang du fœtus tandis qu'elles l'empêchent pour le sang de la mère. DASTRE.

Sur le pouvoir saccharifiant du sérum du sang, par E. CAVAZZANI (*Arch. ital. de biologie, XX, p. 24*).

D'après Bial (1892-1893) le sérum contient un ferment saccharifiant (indiqué déjà par beaucoup d'observateurs) capable de transformer à raison de cinq centimètres cubes de sérum, $0^{gr},50$ d'amidon en glycose en 24 heures. D'où en calculant le sang à raison du treizième du poids total et le sérum à raison de la moitié du volume du sang, un animal du poids de 70 kilogrammes pourrait avec le sérum de son propre sang, transformer en un jour 270 grammes d'amidon en glycose. C. étudie la question. Il déduit de ses expériences que les substances albumineuses ont véritablement une action diastasique, lente et faible. D'autre part, les bactéries ont une action saccharifiante propre (Marcano, Wortmann et Fermi). Mais celle-ci serait également très faible. L'auteur admet donc l'existence du ferment de Bial. Il examine ensuite le sérum du sang de différentes parties d'un même animal. Le pouvoir saccharifiant serait plus grand pour le sang de la veine porte; minimum dans la veine sus-hépatique ou dans la jugulaire. Le sang du porc (1 centimètre cube), saccharifie $0^{gr},491$ d'amidon (compté en glycose) en 24 heures : la même quantité de sérum de lapin ne saccharifie que $0^{gr},100$ d'amidon. Le ferment serait nommé *hemodiastase*. DASTRE.

I. — Ueber die Alkalescenz verhältnisse des menschlichen Blutes in Krankheiten (Alcalescence du sang humain dans les maladies), par A. LOEVY (*Centralbl. für méd. Wiss., p. 785, 1894*).

II. — Vorläufige Mitteilung..... (Méthode de clinique nouvelle de titrage alcalimétrique du sang), par SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN (*Ibid., p. 801, 1894*).

I. — L'auteur recommande le titrage alcalimétrique du sang après dissolution des globules. Les résultats en sont constants et ne varient ni avec la température ni avec la rapidité de l'exécution du titrage. Les valeurs sont notablement plus élevées que par les procédés où l'on opère sans dissolution des globules. L. donne une série de chiffres de titrages alcalimétriques de sang dans différentes maladies : il constate une augmentation notable de l'alcalinité dans le diabète, la néphrite, l'endocardite septicémique, etc. Il discute la signification du titrage alcalimétrique comparé aux autres procédés d'évaluation de l'alcali du sang.

II. — Description d'une méthode permettant le titrage alcalimétrique d'une très petite quantité de sang (7,5 milligr. mesurés dans le tube

capillaire de l'hémomètre de Fleischl). Le sang est dilué avec de l'eau distillée neutralisée, de manière à faire 12 centimètres cubes, additionné de 1,5 centimètres cube d'acide sulfurique normal au $\frac{n}{600}$ de manière à dépasser le point de neutralisation, puis additionné de l'indicateur (solution éthérée d'érythrosine pour analyse de Merk, préparée d'après Mylius), et titré au moyen de solution normale de potasse au $\frac{n}{600}$. La différence entre les quantités de solutions acide et alcaline employées correspond au titre alcalimétrique du sang. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Betheiligung der Milz bei der Blutbildung (Participation de la moelle à l'hématopoièse), par J. LAUDENBACH (*Centr. f. Physiol., IX, p. 1, 1895*).

La participation de la rate à la formation des globules rouges paraît prouvée par la diminution d'hémoglobine qui se montre après l'extirpation de la rate et par la difficulté plus grande que les globules éprouvent alors à se régénérer après une saignée. L'état normal se rétablit au bout d'un certain temps, ce qui semble indiquer qu'il existe dans l'organisme des organes compensateurs. La moelle des os est le seul organe qui, après splénectomie, montre des changements durables en rapport avec une augmentation de l'hématopoièse. LÉON FREDERICQ.

Ueber eine Einwirkung..... (Influence de l'extension mécanique de la colonne vertébrale sur la pression sanguine), par W.-Y. COWL et G. JOACHIMSTHAL (*Centralbl. für Physiologie, VIII, p. 769, 1895*).

L'extension mécanique de la colonne vertébrale n'a qu'une faible influence sur la pression sanguine chez le lapin. Si l'on suspend un lapin par le crâne, il faudra pour obtenir une légère augmentation de la pression sanguine, ajouter comme agent d'extension un poids au moins égal à celui de l'animal, exerçant sa traction par l'intermédiaire des os du bassin.

Le passage de la position horizontale à la position verticale est marqué par une forte diminution de la pression sanguine.

Chez la grenouille, l'extension de la colonne vertébrale ne produit pas d'effet sur la pression sanguine. LÉON FREDERICQ.

Étude sur l'activité de la diastole des ventricules, sur son mécanisme et ses applications physiologiques et pathologiques, par Léon GERME (*C. R. Académie des Sciences, 20 mai 1895*).

Immédiatement après la systole, les parois ventriculaires sont le siège d'une dilatation active qui attire, dans leurs cavités, une partie du sang contenu dans les oreillettes. Cette dilatation est due principalement à la pression artérielle vasculo-cardiaque et subordonnée à son degré. Par ce fait, le travail du cœur, à chaque systole, est plus considérable qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, attendu qu'à celui qui consiste à soulever les valvules sigmoïdes et à chasser l'ondée sanguine dans les artères, il faut ajouter le travail que les ventricules doivent dépenser pour lutter contre leur puissance diastolique. Aussi serait-il des cas où, même sans affection

cardiaque, la pression artérielle peut s'élever au point d'imposer au cœur un travail supérieur à ses forces et le mettre momentanément en état d'asystolie. M. DUVAL.

Action locale de la température sur les vaisseaux sanguins, par A. LUI (*Archives ital. de biologie, XX, p. 416, et Rivista Veneta di sc. med., n° 1, 1894*).

L'auteur opère sur un chien tué depuis peu de temps (1 heure). Il fait pénétrer dans l'artère fémorale une solution physiologique Na Cl sous la pression 80 millimètres Hg, et il recueille le liquide sortant par la veine. Si la température du liquide s'élève de 33° à 49° le débit passe de 40 à 50 pour retomber au bout de deux minutes à 33 ou même au bout d'une minute à 33 et au bout de deux minutes à 10. En résumé il y a une *dilatation primitive* suivie d'une *constriction*. DASTRE.

I. — Raréfaction respiratoire du battement cardiaque chez les chiens à jeun, par V. ADUCCO (*Arch. ital. de biol., XXI, p. 412, 1894*).

II. — Action inhibitrice du chlorure de sodium sur les mouvements respiratoires et sur les mouvements cardiaques des chiens à jeun, par le même (*Ibidem, p. 418*).

Chez l'homme, chez le chien, la fréquence des battements cardiaques devient plus grande pendant l'inspiration pour diminuer ensuite dans l'expiration. L. Fredericq attribue le phénomène à une variation correspondante d'activité du centre inhibiteur cardiaque. La raréfaction expiratoire est plus marquée à l'état de jeûne : elle va graduellement en augmentant à partir d'une abstinence de 24 heures. Au maximum on a observé 90 battements à la minute pendant l'inspiration, et 10 dans l'expiration ; en moyenne des pauses de 2″ et 3″ (expiration), avec un battement à la seconde (inspiration). A la fin du jeûne prolongé le phénomène disparaît et la fréquence respiratoire reste constante : c'est l'indice que les animaux inanitiés ne peuvent plus être réalimentés.

L'ingestion du chlorure de sodium donne lieu à une épargne de matériaux azotés (Pugliese). Si, chez des chiens à jeun on ajoute du chlorure de sodium à l'eau ($0^{gr},228$ de Na Cl et 27^{cc} d'eau par kilogramme d'animal), ils supportent plus longtemps l'abstinence. On alterne les périodes de six jours à l'eau pure et à l'eau salée. Dans ces dernières le phénomène de la raréfaction cardiaque expiratoire fut plus marqué. Le chlorure de sodium diminue grandement la fréquence totale de la respiration (de 8 à 6) et du cœur (de 91 à 42 à la minute). Le sel aurait donc une influence modératrice générale. DASTRE.

Zur Frage der Lymphbildung (Sur la formation de la lymphe), par W. POPOFF (*Centralbl. f. Physiol., IX, p. 52, 1895*).

L'auteur entreprend la critique expérimentale de quelques-uns des faits mis en avant par Heidenhain, pour combattre la théorie de la formation de la lymphe par filtration et pour édifier sa théorie de la sécrétion de la lymphe par les cellules de l'endothélium vasculaire.

Il montre que la quantité de lymphe est en général en rapport avec la valeur de la pression sanguine, qu'après ligature de l'aorte, la pression

dans la veine porte atteint encore une valeur notable, que les capillaires de l'intestin ne doivent donc pas être vides et que l'anémie doit augmenter leur perméabilité. Il est donc naturel que l'écoulement de lymphe du canal thoracique ne cesse pas brusquement après ligature de l'aorte. La ligature de la veine porte et celle de la veine cave inférieure donnent des résultats qui s'expliquent mieux dans la théorie de la filtration : augmentation de la quantité de lymphe et de la proportion de matériaux solides de la lymphe.

L'injection de peptone abaisse la pression générale, mais l'augmente localement dans le système de la veine porte, où elle monte de 70 à 80 millimètres d'eau à 240, 300, parfois 400 millimètres, d'où augmentation de pression dans les capillaires de l'intestin et explication plausible de l'augmentation de lymphe du canal thoracique. De plus la présence de la peptone augmente la perméabilité des parois vasculaires, comme on peut le constater directement. Même résultat avec l'extrait de muscles d'écrevisse.

L'injection de sucre dans le sang (faite rapidement), et les dosages de sucre dans le sang et dans la lymphe (faits au moyen d'un procédé plus correct que celui de Heidenhain), ont également fourni des résultats un peu différents de ceux de Heidenhain et qui ne sont pas en contradiction avec la théorie de la filtration. LÉON FREDERICQ.

Zur Frage über die Schnelligkeit des Lymphstromes und der Lymphfiltration (Sur la vitesse du courant de lymphe et sur celle de la filtration de la lymphe), par S. TSCHIRWINSKY (*Cent. f. Physiologie, IX, p. 49. 1895*).

L'auteur injecte du salicylate de soude (1 gr. pour 10 kilogr. d'animal), dans le sang et constate (par la réaction du perchlorure de fer), que cette substance apparaît dans la lymphe recueillie par une fistule du canal thoracique, au bout de 4 à 7 minutes, dans la lymphe des lymphatiques de la patte au bout de 2 minutes 10 secondes à 3 minutes. Si le salicylate de soude est injecté directement dans le bout central d'un lymphatique de la patte postérieure, il apparaît dans le canal thoracique au bout de 1 minute 20 secondes à 3 minutes 20 secondes. L'auteur admet d'après ces chiffres que la filtration proprement dite de la lymphe à travers les capillaires, soit de l'abdomen, soit des extrémités, dure environ 2 minutes, et que sa progression dans les lymphatiques des extrémités ou du corps prend 1 minute 40 secondes à 3 minutes 20 secondes.

La quantité de lymphe qui s'écoule par le canal thoracique dépend plus de la rapidité de la filtration que de la vitesse du courant de lymphe. La lymphe du canal thoracique contient encore du salicylate, 6 heures (mais non après 7 à 8 h.), après l'injection dans le sang, 15 à 55 minutes après l'injection dans les vaisseaux lymphatiques de la patte.

LÉON FREDERICQ.

Recherches sur le glycogène de la lymphe, par A. DASTRE (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

Une fistule du canal thoracique est pratiquée chez une vache, selon la méthode classique de Colin. On recueille le lendemain de grandes quantités de lymphe, soit 1072^{gr},86 à l'heure (plus d'un litre). Les quatre

prises destinées à l'étude du glycogène sont faites en même temps, c'est-à-dire que le flux lymphatique est divisé en quatre courants. La première prise comprenait 273 grammes de lymphe reçue dans l'alcool, puis chauffé à 60° pour détruire les ferments, filtré; le résidu séché, traité par la soude à 2 0/0 jusqu'à dissolution ; le liquide traité par la liqueur de Brücke, filtré, reçu dans l'alcool. On obtient un précipité que l'on vérifie être du glycogène. La quantité est de 0,097 0/0 de lymphe. Le second échantillon sert à constater que le glycogène est détruit dans la lymphe, en 24 heures, par un ferment soluble. Les deux autres échantillons sont traités de manière que l'on puisse examiner le plasma lymphatique et le dépôt globulaire séparément. Ces expériences mettent en lumière les points suivants : 1° la lymphe contient une quantité appréciable de glycogène qui, dans cette expérience, atteint 0,097 0/0; 2° le glycogène est, en l'espace de 24 heures, détruit dans la lymphe par un ferment diastasique; 3° le glycogène est fixé sur les éléments figurés; il n'y en a point sensiblement dans le plasma. DASTRE.

Nouvelles recherches sur les variations corrélatives de l'intensité de la thermogénèse et des échanges respiratoires, par LAULANIÉ (*C. R. Acad. des Sciences*, *25 février 1895*).

L'acide carbonique n'est qu'un témoin éloigné et incertain de la thermogénèse. Cela tient à ce que ce gaz ne procède pas toujours de l'oxydation. Il existe par contre un rapport constant entre la quantité d'oxygène consommé et la quantité de chaleur produite, et l'oxygène devient ainsi le témoin fidèle et la mesure exacte de l'énergie mise en œuvre dans l'organisme. Les phénomènes d'oxydation, étant liés par un rapport constant à l'énergie transformée par les animaux, constituent très vraisemblablement la source exclusive de cette énergie. On peut présumer tout au moins que les phénomènes anaérobies n'interviennent dans l'énergétique des animaux supérieurs que pour une part tout à fait inappréciable et qu'on doit les négliger. D'un côté ils n'ont pas de témoins pondérables dans les excreta, et, d'autre part, les produits d'oxydation complète et incomplète qui forment les excreta rendent compte de tout l'oxygène consommé et le restituent entièrement. M. DUVAL.

Ueber den Einfluss des Nervensystems..... (De l'influence du système nerveux sur la résorption), par LEUBUSCHER et TECKLENBURG (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXXXVIII*, *2*).

Par une série de recherches expérimentales, Leubuscher et Tecklenburg tentèrent de montrer l'influence du système nerveux sur l'absorption.

1° Lorsqu'on détruit sur les grenouilles l'axe cérébro-spinal, en évitant toute perte de sang, on voit le cœur continuer à battre aussi énergiquement que sur les animaux normaux, mais les substances injectées dans le sac lymphatique du dos ne sont plus résorbées ;

2° Quand on sectionne le nerf sciatique et le nerf crural gauches sur une grenouille, et qu'on injecte, peu de temps après l'opération, de la strychnine dans la jambe, l'absorption est très lente, probablement à raison des troubles circulatoires consécutifs à la section. Si l'injection de

strychnine est faite quelques jours après la section des nerfs, l'absorption se fait comme sur une grenouille normale ;

3° Lorsqu'on isole, par deux ligatures, une anse intestinale, et qu'on sectionne les nerfs mésentériques correspondants, on y voit s'accumuler une forte proportion de liquide ; ce qui confirme les résultats antérieurs de Moreau ;

4° Une anse intestinale, ainsi isolée et énervée, absorbe l'iodure de potassium moins énergiquement qu'une anse intestinale non énervée ;

5° En extirpant les gros ganglions mésentériques du lapin, on voit survenir des troubles nutritifs profonds, souvent accompagnés de diarrhée ; plus tard, l'animal maigrit et succombe habituellement dans le marasme.

ÉD. RETTERER.

Ueber den Wärmewerth der Bestandtheile der Nahrungsmittel (Sur le calorique de combustion des aliments), par F. STOHMANN (*Zeit. f. Biologie, XXXI, p. 364, 1894*).

L'auteur a publié à différentes reprises les résultats de déterminations de caloriques de combustion des différentes espèces d'albuminoïdes, de graisses, d'hydrocarbonées, etc., faites au moyen de la bombe calorimétrique de Berthelot. Il réunit dans le présent travail ces chiffres sous forme de tableaux.

Bornons-nous à citer quelques-uns de ces chiffres :

Albumine du sérum	5,917 cal.
Albuminoïdes (moyenne)	5,730 »
Peptone	5,298 »
Urée	2,537 »
Graisse animale	9,500 »
Dextrose	3,742 »
Saccharose	3,955 »
Sucre de lait	3,951 »
Maltose	3,949 »
Glycogène	4,190 »
Fécule	4,182 »

LÉON FREDERICQ.

Du régime nutritif du paysan italien, par P. ALBERTONI et Ivo NOVI (*Arch. ital. de biologie, XXI, p. 349*).

Le but de ce travail est d'établir le bilan nutritif, et le minimum d'azote, chez les paysans pauvres de l'Italie, condamnés par leur indigence à la plus grande uniformité d'habitudes. Pendant l'hiver le paysan mange moins parce qu'il gagne moins : le bilan hivernal se traduit par un déficit. En été, l'état de choses est contraire. Il s'agit ici de trois personnes, une famille de journaliers, père, mère, enfant de 13 ans. Le père faisait des journées payées de 60 centimes à 1 fr. 50. En somme il gagne par an 246 fr. 40 ; la femme 120 francs ; l'enfant de même ; total 486 fr. 80 pour les trois personnes. L'alimentation était composée, pendant les jours de recherche, de polenta, soupe, harengs, lard, farine de châtaignes. On a analysé les ingesta et les excreta pendant trois jours consécutifs.

Des tableaux font connaître les résultats de ces analyses. La ration

d'albuminoïdes d'après Vogt est de 118 grammes. Hirchfeld et Kumagawa ont trouvé que 50 grammes d'albumine pouvaient suffire. Dans le cas présent, la quantité d'albuminoïde introduite était en hiver de 79 grammes par l'homme et la quantité assimilée, de 55 grammes pour la période de travail et 68 grammes et 78 grammes pour la période de repos. La somme des calories des aliments assimilés a été de 40 par kilogramme en hiver; de 56 en été pour l'homme; et le nombre de calories par mètre carré a été de 1,410 en hiver et 1,979 en été. Pour la femme les chiffres sont les suivants : nombre de calories par kilogramme du corps 45,8 : par mètre carré de surface du corps 2,175. Et pour l'enfant 41,7 et 2,874.

DASTRE.

Studien über Glycogen, par S. FRÄNKEL (*Archiv f. die ges. Physiol., LII, p. 125*).

On arrête la saccharification du glycogène hépatique à froid au moyen de l'acide trichloracétique, à 1 0/0, qui, en même temps, précipite les albuminoïdes; ce corps est soluble dans l'alcool. On hache rapidement l'organe (foie ou muscle) dans une solution de 2 0/0 à 4 0/0 d'acide trichloracétique. On jette dans l'eau distillée (250 centimètres cubes pour 100 grammes). On écrase; on filtre; on relave avec la même solution : on précipite dans deux volumes d'alcool, on décante; on lave sur un filtre avec l'alcool à 60 0/0 jusqu'à ce que l'alcool qui passe n'ait plus de réaction acide, puis avec l'alcool à 95°, l'alcool absolu, puis l'éther. On obtient ainsi un glycogène déminéralisé, contenant seulement 3 à 7 de cendres pour 10,000 de glycogène séchée à 110°. Il ne contient pas d'azote. On extrait ainsi sensiblement tout le glycogène, ce dont on s'assure avec le procédé de Külz appliqué au résidu. L'acide trichloracétique a plusieurs rôles : il arrête la saccharification; il libère le glycogène; il empêche la solution des albuminoïdes : ses sels sont solubles dans l'alcool et se séparent facilement du glycogène. Une seule précipitation suffit : On évite l'inconvénient de l'alcali qui d'après Vinstschgau et Diettl et Panormow (1887) n'est pas exempt de reproche. Lorsque l'organe est riche en sang on peut ajouter de l'acide acétique de 2 0/0 à 5 0/0 à l'acide trichloracétique.

Le glycogène du foie se colore en rouge, celui des muscles en violet par l'iode. Il contient C = 43.63, H = 6.36 O = 51.01. Ce qui correspond à la formule 6 $(C_6H_{10}O_5) + H_2O$ donnée par Külz, pouvoir rotatoire 197°89.

Le foie desséché et pulvérisé dans l'alcool et l'éther n'abandonne pas de glycogène à l'eau. Il est possible que le glycogène ne soit pas libre mais engagé dans une combinaison, insoluble dans l'eau et dans la solution physiologique de Na Cl, et qui serait défaite par les sels des métaux lourds, sublimé, acétale de zinc, chlorure de zinc, biodure de mercure et de potassium, action de la température d'ébullition. Cette combinaison donnerait d'ailleurs la réaction iodée. Ce serait la préparation qui détruirait cette combinaison et donnerait le glycogène libre, artificiel. DASTRE.

Glycogène dans le sang chez les animaux normaux et diabétiques, par M. KAUFMANN (*Soc. de biologie, 9 mars 1895*).

L'existence du glycogène dans le sang a été signalée par Salomon (1877) et définitivement démontrée par Huppert et Czerni (1892). Kauf-

mann confirme ce point et il y ajoute que chez les diabétiques, chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, le sang renferme une quantité de glycogène beaucoup plus considérable que chez les animaux sains, par exemple 500 milligrammes par litre au lieu de 25 milligrammes. DASTRE.

Sur la fonction glycogénique du foie, par CAVAZZANI (*Archives ital. de biologie, XXI, p. 447, et Annali di chim. e. di farmac., 1894*).

On dose le glycogène et le sucre du foie avant et après l'excitation du plexus cœliaque. L'excitation du plexus cœliaque accroît le glucose et diminue corrélativement le glycogène dans l'organe avec ou sans circulation. Avec la circulation libre, la diminution du glycogène est plus considérable que l'augmentation de glucose parce que celui-ci est emporté par le sang. Le sucre vient donc surtout du glycogène. DASTRE.

Ueber die Verteilung des Stickstoffs im Fleisch (Répartition de l'azote dans la viande), par E. SALKOWSKI et E. GIESKE (*Centralbl. für med. Wiss, p. 833, 1894*).

Dans les expériences sur les échanges nutritifs, l'azote de la viande alimentaire est généralement compté comme représentant de l'albumine sans que l'on tienne compte des autres substances azotées de la viande. Les auteurs constatent que l'erreur commise de ce chef n'est pas négligeable.

D'après eux, pour 100 d'azote de la viande de bœuf, il y aurait 77,40 sous forme d'albumine insoluble, 10,08 sous forme d'albumine soluble et 12,52 sous forme de substances non albuminoïdes : bases de la viande, carniferrine, propeptone, etc. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Beziehung des Fibrinfermentes..... (Relations du ferment de là fibrine du sérum sanguin avec la nucléoprotéide du plasma sanguin), par C.-A. PEKELHARING (*Centr.f. Physiologie, IX, p. 102, 1895*).

Le ferment de la fibrine serait un composé de nucléoprotéïde et de chaux qui se formerait dès que le sang sort des vaisseaux par l'action des nucléoprotéïdes provenant des éléments figurés du sang sur les sels de calcium du plasma. Cette combinaison céderait son calcium au fibrinogène pour la formation de la fibrine et se régénérerait en se combinant aux sels de calcium existant en excès dans le plasma. Les substances décrites par Wooldridge sous le nom de fibrinogène des tissus et de A-fibrinogène sont également des nucléoprotéïdes qui, combinées à la chaux, peuvent jouer le rôle de ferment de la fibrine.

L'auteur défend cette théorie contre les objections formulées par Wrigth, Lilienfeld, Halliburton et Brodie. Il montre que le ferment de la fibrine traité par le suc gastrique laisse comme les protéïdes un résidu de nucléine et montre que ses autres propriétés sont bien celles d'une nucléoprotéïde combinée à de la chaux. Dans cet état, la chaux n'est pas précipitée par les oxalates.

LÉON FREDERICQ.

Sulle fibre motrici dello stomaco nel tronco del vago, par CONSIGLIO (*Lo Sperimentale, parte biol., p. 95, 1894*).

D'après les expériences de Consiglio, le nerf vague ne possède en propre aucune fibre motrice se rendant à l'estomac; l'action qu'il exerce sur cet organe est due originairement aux fibres du spinal qui courent unies à ce tronc nerveux. Ainsi dépouillé de son action motrice stomacale, le nerf vague n'est plus vis-à-vis de l'estomac qu'un nerf sensitif.

C. LUZET.

Sul centro spinale dello sfintere del coledoco, par ODDI (*Lo Sperimentale, parte biol., p. 180, 1894*).

Les recherches expérimentales d'Oddi lui ont montré que, chez le chien, il existe un centre spécial destiné à présider à la tonicité du sphincter du cholédoque, et qui correspond à la première paire lombaire. Ce centre fonctionnerait d'une façon parfaitement analogue aux centres des sphincters anal et vésical. Les voies afférentes de ce centre sont représentées par des nerfs sensitifs en général et plus spécialement par le vague et par le sympathique; les voies efférentes sont dans les racines antérieures de la première paire lombaire.

C. LUZET.

Aperçu nouveau sur le cours de la bile, par GUIBBAUD (*In-8°, Paris, 1895*).

La bile de la vésicule a perdu une certaine quantité d'eau, à la suite de l'absorption par les villosités lamelleuses de la muqueuse : elle a gagné du mucus : elle a foncé en couleur et perdu de sa réaction alcaline. Cette concentration exige un séjour d'une durée plus grande que l'intervalle des repas ainsi qu'on le professe. Le canal cystique est séparé de la vésicule par un orifice très petit muni d'un repli valvulaire, et, d'autre part, il y a dans ce canal des valvules de Heister. Ces dispositions s'opposent surtout à l'issue facile du liquide de la vésicule vers le canal cystique : à mesure qu'on la vide par pression extérieure il faut que cette pression augmente pour achever l'évacuation. On constate la difficulté de l'évacuation chez le cobaye; de même chez le lapin la pression des doigts est insuffisante : même impuissance chez le chien. La vésicule ne paraît donc jamais se vider complètement; les contractions de la couche musculaire de la tunique muqueuse ne semblent avoir de prise sur le contenu que lorsque le réservoir biliaire est rempli. L'auteur explique par le long séjour de la bile dans la vésicule le fait de la coloration de la muqueuse vésiculaire opposé à la non coloration des autres conduits; en second lieu la formation des calculs biliaires, formés de couches concentriques stratifiées implique la stagnation plus ou moins prolongée. Le cheval, l'âne, l'éléphant n'ont point de vésicule biliaire : le chirurgien peut l'enlever chez l'homme, et cela sans dommage pour la digestion. Ces faits infirment d'autre part l'opinion de Milne-Edwards qui voyait dans la vésicule du fiel un organe sécréteur et non un sac. C'est un sac absorbant, où la bile s'accumulerait précisément pendant la durée des repas.

DASTRE.

Ueber die Durchlässigkeit..... (Perméabilité de la paroi vivante de l'intestin et de la vessie urinaires par les gaz), par Fritz OBERMAYER et J. SCHNITZLER (*Centralbl. f. méd. Wiss., p. 497, 1894*).

Les gaz (H^2S, CO^2), que l'on injecte chez le chien ou le lapin vivant dans la vessie urinaire ou dans l'intestin, se retrouvent au bout de peu de temps sur la face externe de la paroi de ces cavités, que la cavité péritonéale ait été ouverte ou qu'elle reste fermée. LÉON FREDERICQ.

Ueber das Oxydationsferment der Gewebe (Sur le ferment oxydant des tissus), par E. SALKOWKI et JAMAGIVA (*Centr. f. med. Wiss., p. 913, 1894*).

Les auteurs comparent le pouvoir oxydant (oxydation de l'aldéhyde salicylique) des extraits des différents tissus et trouvent des différences considérables. Le tissu de la rate est le plus riche en ferment oxydant, le foie en contient presque autant, le rein en contient dix à vingt fois moins, le pancréas vingt à cent fois moins, les muscles cent fois moins ou moins encore. LÉON FREDERICQ.

Sur l'influence du bouillon de viande sur les fonctions de l'estomac chez l'homme sain, par N.-I. KOZMINYKH (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1895*).

La quantité du contenu stomacal est plus grande après l'ingestion du bouillon qu'après le repas d'épreuve. L'acidité totale a été plus grande dans toutes les expériences après l'ingestion du bouillon qu'après le repas d'épreuve, mais la quantité d'HCl libre a été toujours moindre dans le premier cas que dans le deuxième. Le résultat est surtout net, lorsqu'on retire le contenu stomacal une heure après le repas, ou même au bout d'une demi-heure. La quantité d'HCl total (libre et combiné) est également plus forte dans le premier cas que dans le deuxième; ce résultat est surtout évident, lorsqu'on examine le contenu stomacal une heure après le repas et si l'on fait prendre du bouillon fort. (Les analyses précédentes ont été faites par le procédé Hayem-Winter). La force digestive du suc gastrique, d'après le procédé de Mett, diminue après l'ingestion du bouillon, comparée avec celle après le repas d'épreuve, si l'on fait l'examen 1/2 à 1 heure après le repas; au bout de 1 heure et demie à 2 heures, la force digestive après le bouillon tend à égaler celle après le repas d'épreuve. L'action caséifiante du suc gastrique sur le lait est plus rapide sous l'influence de l'ingestion du bouillon, surtout s'il est fort, qu'après le repas d'épreuve. La quantité des peptones est plus grande après le bouillon, surtout 1 heure après le bouillon, qu'après le repas d'épreuve. Le pouvoir d'absorption de l'estomac est plus grande après un bouillon fort qu'après le repas d'épreuve; elle n'est pas augmentée après l'ingestion d'un bouillon faible. La motilité de l'estomac est augmentée après le bouillon, notamment lorsqu'il est fort, en comparaison avec la motilité de l'estomac après le repas d'épreuve.

En somme, le bouillon de viande augmente la sécrétion du suc gastrique, le pouvoir d'absorption et la motilité stomacale et favorise ainsi l'action du suc gastrique sur les aliments introduits dans l'estomac en même temps que le bouillon. H. FRENKEL.

Beitrag zur Lehre von der Wirkung..... (Action des différentes températures sur les centres de la sécrétion sudorale), par Max LEVY-DORN (*Arch. für Physiol., p. 198, 1895*).

On réussit encore chez un chat fortement refroidi (température rectale descendue à 22°, à 28° C.) à provoquer la sécrétion de la sueur aux pattes par la dyspnée ou par une excitation psychique. Les centres sudoripares sont donc encore excitables malgré l'abaissement de leur température. Ces centres sont beaucoup moins faciles à exciter par la voie réflexe ; par exemple par excitation mécanique, électrique ou thermique de la peau. Dans ce cas, il s'agit sans doute d'une diminution de l'excitabilité des terminaisons nerveuses refroidies. LÉON FREDERICQ.

Le mouvement brownien et les mouvements moléculaires, par GOUY (*Discours à la rentrée de Facultés de Lyon, 3 novembre 1894*).

Les micrographes ont observé les mouvements dont sont animées les particules ou granulations de toute espèce en suspension dans l'eau. Le botaniste anglais Brown (1827) en fit l'étude systématique. C'est une sorte de trépidation sur place, une série de petites impulsions orientées dans tous les sens indifféremment autour d'une position moyenne dont la particule ne s'écarte pas. Il est indépendant de la vie et des êtres vivants; il se produit avec des poussières inorganiques dans les liquides les plus toxiques. La rapidité et l'amplitude du mouvement sont d'autant plus grandes que les particules sont plus petites, mais sont indépendantes de leur substance, de leur forme et de leur état, ainsi que du liquide ambiant. Le phénomène est plus marqué dans les liquides les plus mobiles, alcool, éther. Pour des particules de 1/2 millième de millimètre, la vitesse du mouvement est de quelques millièmes de millimètre par seconde. C'est un phénomène permanent qui s'observe dans les cavités de cristaux de quartz, taillés en lame mince, cavités pleines de liquide et présentant quelquefois une bulle de gaz animée d'un mouvement brownien incessant depuis des temps très reculés. Cette persistance indéfinie prouve que le mouvement est entretenu par une cause incessamment renouvelée. Ce ne sont point les vibrations du sol, car le mouvement brownien persiste dans les courts moments de repos absolu du sol ; ce ne sont point les variations de température du liquide ; ce n'est pas davantage l'action de la lumière agissant inégalement sur les particules en suspension, non plus que le magnétisme terrestre ou les influences électriques. Les mouvements en question ne s'expliquent que par la théorie cinétique de la matière, d'après laquelle les molécules, au lieu d'être en repos, sont en mouvement, dont la chaleur augmente l'intensité et la vitesse. Ces vitesses s'évaluent en centaines de mètres par seconde, les déplacements étant d'ailleurs fort petits. La particule brownienne étant très grande vis-à-vis des dimensions moléculaires sera soumise à un grand nombre de chocs se neutralisant en partie et dont la résultante amène un léger déplacement. Avec une particule plus grosse qui serait comme infinie par rapport aux dimensions moléculaires, il n'y aurait plus de mouvement. Il faudrait environ un milliard de molécules

pour former le poids d'une des plus petites particules visibles au microscope. DASTRE.

Contribution à l'étude des substances chromatophiles nucléaires d'Auerbach, par R. ZOJA (*Arch. ital. de biologie, XXI, p. 433*).

Chez l'ascaris macrocephala le pronucleus mâle est cyanophile, le pronucleus femelle érythrophile. Les spermatozoaires ont le noyau cyanophile. De même sont cyanophiles le filament chromatique nucléaire et les chromosomes de l'appareil femelle. Le noyau de l'œuf, quand il sort de l'état de repos pour donner lieu, aussi bien aux globules polaires qu'aux éléments chromatiques de la première figure kariokinétique de l'embryon, présente la substance cyanophile. Toutefois le caractère érythrophile est marqué dans presque tout le noyau, durant la période d'accroissement. Entre le noyau du spermatozoaire et celui de l'œuf il n'y a donc qu'une différence d'état, plutôt qu'une différence substantielle. L'état érythrophile est une condition spéciale que l'on observe dans le noyau des œufs à différenciation sexuelle complète, dans une période déterminée du développement. Dans les organismes provenant d'œufs parthénogénétiques, les cellules des tissus possèdent les deux substances chromatophiles. La substance cyanophile existe dans le noyau des œufs; elle y est diffuse comme dans les autres cellules au lieu d'être groupée et réunie dans des parties distinctes et différenciées du noyau comme dans l'œuf d'autres animaux. DASTRE.

Note sur l'instinct des poussins produits de l'incubation artificielle, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biologie, 16 février 1895*).

Lloyd Morgan (1894) a observé des faits qui contredisent l'opinion reçue que les actes instinctifs se manifestent avec une précision parfaite très peu de temps après la naissance. Les poussins ne cherchent que peu à s'alimenter le premier jour; le deuxième jour ils piquent à tort et à travers, aliments ou non; ce n'est qu'après 3 ou 4 jours qu'ils commencent à éviter leurs excréments : ils n'arrivent à un choix convenable qu'après une période d'éducation personnelle. Dans le premier jour, de même, ils adaptent mal leurs mouvements au but, le dépassant et n'y arrivant qu'après plusieurs tentatives; de sorte que là aussi l'éducation personnelle intervient. DASTRE.

Sur le pouvoir absorbant de la vessie chez l'homme, par A. POUSSON et C. SIGALAS (*C. R. Acad. des Sciences, 22 avril 1895*).

Les recherches de Bazy et celles de Boyer et Guinard (*R. S. M.*, XLIV, 27) ont donné des résultats diamétralement opposés. Cette fois les auteurs susindiqués ont expérimenté directement sur l'homme en injectant dans la vessie une solution de sel de lithium, dont les moindres traces dans le sang et la salive peuvent être facilement et sûrement révélées par l'analyse spectrale. Les expériences diverses faites selon ce procédé amènent aux conclusions suivantes : l'épithélium vésical sain est imperméable; mais l'absorption a lieu : 1° lorsque le sujet, quoique ayant

la vessie saine, éprouve le besoin d'uriner, l'urine arrivant alors à baigner la portion prostatique de l'urètre ; 2° lorsque l'épithélium vésical est altéré. M. DUVAL.

Fonctions de la membrane de Corti, par Pierre BONNIER (*Soc. de biol.*, *23 février 1895*).

La membrane de Corti est formée par l'ensemble des cils des cellules de la papille épithéliale. Ce chevelu est inséré sur la bandelette de Huschke. A chaque phase négative de l'ondulation la membrane de Corti suit l'ascension de la papille épithéliale suspendue; dans la phase positive, quand la papille s'abaisse, la membrane est bientôt arrêtée et les cellules tiraillées par leur chevelu. L'irritation cellulaire ne dure donc qu'une demi-phase (période positive de la phase ondulatoire). La forme de l'ébranlement régit la forme de l'ondulation papillaire, c'est-à-dire la distribution de l'irritation élémentaire pendant chaque période. La périodicité de l'ébranlement commande la périodicité des oscillations positives; l'intensité détermine l'amplitude de l'ondulation basilaire. DASTRE.

Autonarcose carbonicacétonémique ou sommeil hibernal de la marmotte, par Raphael DUBOIS (*Soc. de biol.*, *2 mars 1895*).

L'hypnose hibernale est accompagnée d'hypothermie. La quantité d'oxygène du sang n'a pas varié (16 cent. cubes pour 100 du sang). L'acide carbonique est beaucoup plus abondant (71 cent. cubes au lieu de 42) : il y a deshydratation du sang. Ces deux faits expliquent l'autonarcose et l'hypothermie. Il y a aussi de l'acétone dans le sang et dans l'urine. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Action du sérum sanguin sur la matière glycogène et sur la maltose, par E. BOURQUELOT et GLEY (*Soc. de biol.*, *30 mars 1895*).

Le sérum sanguin saccharifie le glycogène, fait annoncé par Magendie pour l'amidon, par Cl. Bernard, Schiff, Bohm et Hofmann et démontré définitivement par M. Bial. B et G vérifient et trouvent en 14 heures une transformation de 78 0/0, tandis que la salive étendue, dans le même temps, n'en a transformé que 43,8 0/0. Un second fait est que le glycogène est transformé en glucose, non en maltose et que le même ferment transforme d'ailleurs la dextrine et le maltose en glucose. (E. Dubourg (1889), M. Bial (1892), C. Tebb (1893). B. et G. confirment également ce fait. Ils ne croient pas qu'il existe de glycogène libre dans le sang. DASTRE.

Élimination par le rein du fer injecté dans le sang, par L. LAPICQUE (*Société de biol., 30 mars 1895*).

Le fer injecté dans la circulation ne reparaît dans l'urine qu'en très petites proportions, et la voie d'entrée (veine saphène, veine mésaraïque, artère mésentérique) n'a pas d'influence sur cette élimination. DASTRE.

Présence de la neurine dans le sang, par Marino ZUCO et C. MARTINI (*Arch. ital. de biol., XXI, p. 437, et Atti della R. Accad. dei Lincei, III, 1894*).

La neurine ainsi que l'acide phosphoglycérique provient de la décomposition des lécithines. Il faut l'en séparer. On se fonde pour cela sur ce fait que le chloroplatinate de neurine est soluble dans l'eau et insoluble dans l'éther, tandis que les chloroplatinates de lécithine sont solubles dans l'éther et insolubles dans l'eau. Si à une solution éthérée de lécithine et de neurine, on ajoute un excès de solution éthérée de chlorure de platine acidifiée avec l'acide chlorhydrique, il se forme du chloroplatinate de lécithine en solution dans l'éther et un précipité blanc jaunâtre de chloroplatinate de neurine. On ajoute de l'eau, on agite et les deux couches se séparent, l'eau contenant le sel de neurine et l'éther le sel de lécithine : la séparation est totale. Le mélange alcool éther se comporte comme l'éther. — On reçoit 3 litres de sang de bœuf, dans 6 litres de mélange (2 litres alcool, 4 litres éther). On agite à froid. On filtre. On traite le filtrat par la solution éthérée de chlorure de platine chlorhydrique. On ajoute de l'eau et on agite. — L'éther se sépare. On en rajoute et on le sépare de nouveau. On enlève ainsi la lécithine. La neurine reste dans le liquide alcoolo-aqueux. L'alcool est éliminé par distillation : le liquide aqueux traité par l'acide sulfhydrique qui élimine le platine, puis concentré au bain-marie. Les réactions de la neurine peuvent être vérifiées sur ce liquide.

La neurine existe donc dans le sang comme produit de décomposition de la lécithine, et comme elle est très toxique elle doit être détruite ou transformée dans quelque organe. DASTRE.

I. — Du dosage de l'urée dans le sang et les tissus par le procédé de Gréhant, par M. KAUFMANN (*Soc. de biol., 2 mars 1894*).

II. — Influence de certaines lésions nerveuses sur la proportion d'urée contenue dans le sang, par le même (*Ibidem*).

III. — La contraction musculaire est-elle accompagnée d'une production d'urée, par le même (*Ibidem*).

I. — Le procédé de Gréhant consiste à épuiser le sang ou les tissus par l'alcool et à décomposer l'urée du résidu alcoolique par le mercure nitreux en volumes égaux d'azote et d'acide carbonique dans le vide de la pompe à mercure. En analysant plusieurs fois un même sang ou un même tissu (100 gram.), K. trouve que les chiffres obtenus par l'urée ne diffèrent pas de plus de 6 milligrammes 0/0 de tissu. C'est la limite de l'erreur. Avec le sang, les volumes d'azote et d'acide carbonique sont égaux, ce qui prouve que l'urée seule est décomposée. Avec les tissus, l'égalité des volumes n'existe plus; il y a d'autres substances décom-

posées; mais les variations de l'urée sont parallèles à celles de l'ensemble de ces substances. D'où la possibilité d'accorder confiance aux résultats comparatifs.

II. — La section du bulbe ou de la moelle détermine toujours une augmentation d'urée dans le sang. Ces lésions équivalent à la néphrotomie, l'excrétion urinaire étant supprimée. Il n'y a pas d'exagération dans la formation.

III. — Les analyses comparatives simultanées du sang artériel et du sang veineux montrent qu'au repos le muscle ne déverse pas d'urée en quantité notable dans le sang qui le traverse. Sur le masséter du cheval qui se contracte il en est de même; on trouve environ 40 milligrammes d'urée pour 100 parties de l'un et de l'autre sang. L'excès d'acide carbonique déversé dans le sang résulte de la destruction des hydrocarbones et non des albuminoïdes. DASTRE.

Modifications du sang dans la cyanose chronique, par VAQUEZ (*Soc. de biologie, 2 mars 1895*).

Il y a hyperglobulie progressive dans la cyanose chronique (Krehl, 1889, Vaquez, 1892). L'auteur signale de plus une augmentation progressive de volume des hématies. L'augmentation du diamètre globulaire serait postérieure à l'accroissement du nombre. Ces phénomènes semblent des phénomènes d'adaptation défensive de l'organisme analogues à ceux qui se présentent dans la vie sur les hauts plateaux. DASTRE.

Ueber eine Färbemethode, mit der man Diabetes und Glycosurie aus dem Blute diagnosticiren kann (Méthode pour diagnostiquer le diabète par l'examen du sang), par L. BREMER (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 850, 1894*).

Le sang de diabétique coloré d'après la méthode d'Ehrlich au moyen d'un mélange d'éosine et de bleu de méthyle se reconnaît immédiatement à la perte plus ou moins complète de l'éosinophilie des globules rouges et à l'extrême abondance dans le plasma sanguin de granules arrondis réfractaires à toute coloration.

La méthode de coloration de Gram convient surtout pour mettre les granules en évidence, elle fait aussi apparaître autour des noyaux des leucocytes une zone claire affectant fréquemment la forme de C.

LÉON FREDERICQ.

Du chloro-brightisme, toxicité urinaire et oxydations dans la chlorose, par CHATIN (*In-8° 116 p., Paris, 1894*).

Parmi les signes accessoires que peuvent comporter certains cas de chlorose, il en est un certain nombre qui semblent se rattacher à l'insuffisance rénale. La chimie urinaire semble appelée à fournir dans ces conditions quelques renseignements spéciaux. Or, elle montre en particulier que les oxydations des matières albuminoïdes ne sont pas diminuées dans la chlorose, quel que soit le degré d'anémie exprimé par le nombre des globules et la valeur globulaire. La toxicité urinaire au contraire est constamment à un taux inférieur, sans qu'on puisse admettre qu'il y a un rapport fixe entre cette diminution et le chiffre des oxydations, ou encore

le degré de l'anémie et la valeur des autres composants urinaires, urée, phosphates, etc. La toxicité urinaire est faible dans la chlorose, même en l'absence de l'albuminurie et des petits signes de brightisme, qui sont d'ailleurs très fréquents. L'abaissement de la toxicité urinaire ne tient pas à une diminution des causes d'auto-intoxication, ni à la faible coloration des urines. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle est corrélative de l'insuffisance rénale latente. GIRODE.

Ueber aschefreies Einweiss (Sur l'albumine déminéralisée), par K. BUELOW (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *LVIII*, *p. 207*).

L'auteur prépare l'albumine par le procédé de Harnack. On obtient en même temps, du même coup, diverses espèces d'albumines. L'albumine déminéralisée tout à fait pure est insoluble dans l'eau. Elle se combine à la façon des acides amidés soit avec les bases, soit avec les acides et forme des sels anhydres. La combinaison avec les bases se fait en deux proportions. Les solutions albumineuses acides sont très sensibles à l'action des sels neutres : une faible quantité précipite déjà l'albumine. Les solutions alcalines sont indifférentes à l'action des sels. Les pouvoirs rotatoires de ces albumines sont fortement affectés par les matières mélangées. DASTRE.

Ueber die Farbenreaction der Eiweisskörper mit salpetriger Säure und Phenolen (Sur la réaction colorée des albuminoïdes par l'action de l'acide nitreux et de phénols), par Carl LANDSTEINER (*Centralbl. f. Physiol.*, *VIII*, *p. 773*, *1894*).

Obermayer a montré en 1892 que les matières albuminoïdes ainsi que certains de leurs dérivés (soie, laine, poils, cuir, tissu corné), traités au préalable par l'acide nitreux se colorent en brun ou rouge par les phénols et les amines.

La tyrosine et plusieurs autres substances donnent la même réaction. Le groupe amidé de la chaîne latérale de la tyrosine n'intervient pas dans la réaction. Il ne s'agit pas non plus de la formation d'une combinaison diazotée comme l'admet Obermayer. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Lösslichleit der weisen..... (Sur la disparition des globules blancs dans les solutions de peptone), par E. BOTKIN (*Archiv für pathol. Anat. u. Physiol.*, *CXXXVII*, *3*).

Lorsqu'on ajoute au sang une solution de peptones dans la proportion de 1 ou 10 0/0, on y voit disparaître les leucocytes. Ces derniers y subissent une véritable fonte, comme dans l'anémie pernicieuse.

ÉD. RETTERER.

Ueber den Einfluss einiger Eiweisskörper auf Glycogenlösungen (Influence de quelques corps albuminoïdes sur les solutions de glycogène), par H. SCHWIENING (*Archiv f. die ges. Physiol.*, *LVIII*, *p. 222*).

Dans des extraits de foie bouillis et conservés avec le chloroforme l'auteur a constaté au bout de plusieurs semaines une formation de sucre. C'est l'observation ancienne de Abeles, de Seegen et Kratschmer. Mais dans ce cas il y avait développement de bactéries auquel on peut rapporter le phénomène. Si l'on met de l'albumine coagulée en contact avec

des solutions de glycogène, il se dissout un corps albuminoïde seulement, à l'état de traces. De même pour la caséine et l'albumine du sérum. La fibrine au contraire se dissout notablement dans l'eau stérilisée. L'auteur constate, en stérilisant à chaud, que les albuminoïdes coagulés laissent passer quelque chose dans l'eau : ils sont faiblement solubles.

DASTRE.

Sur la réaction de la salive parotidienne, par A. CAPPARELLI (*Archives ital. de biol., XXI, p. 409*).

La salive parotidienne obtenue chez l'homme (22 individus) par le cathétérisme du canal de Sténon a été trouvée constamment acide à la phénolphtaléine, aussi bien dans les secondes portions sécrétées que dans les premières. Cette acidité serait due à l'acide lactique. Le réactif d'Uffelmann donne quelquefois une réaction avec l'eau simple, et d'autre part une réaction par son perchlorure de fer avec le sulfo-cyanure de potassium salivaire. Il faut éliminer ces deux causes d'erreur pour conclure à l'acide lactique. 5 fois sur 22 on a trouvé la réaction d'un autre acide gras, l'acide butyrique.

DASTRE.

Phosphormolybdänsäure als Reagens auf Harnsäure (L'acide phospho-molybdique comme réactif de l'acide urique), par Th.-R. OFFER (*Centralbl. f. Physiol., VIII, p. 801, 1895*).

L'acide urique en solution alcaline donne avec l'acide phosphomolybdique et la potasse un précipité cristallin (prismes hexagonaux) d'un bleu foncé, à éclat métallique. Les cristaux se dissolvent par les acides chlorhydrique ou sulfurique en fournissant une liqueur bleue. La réaction est très sensible et pourrait être utilisée dans les recherches microchimiques. Malheureusement les matières albuminoïdes (ainsi que les alcaloïdes et l'acide tannique) donnent la même réaction.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Vorkommen und Bildung der Bersteinsäure (Sur la présence et la formation de l'acide succinique), par F. BLUMENTHAL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., CXXXVII, 3*).

L'acide succinique est un produit de l'activité vitale de divers microorganismes ; ces derniers sont capables de le fabriquer aux dépens des hydrates de carbone aussi bien qu'à l'aide des substances albuminoïdes. La quantité d'acide succinique dépend du degré d'alcalinité des substances albuminoïdes.

A l'état frais et dans les conditions physiologiques, les organes ne renferment pas d'acide succinique. Celui-ci ne résulte donc pas de la désassimilation des tissus animaux ; c'est un produit des microorganismes.

Le lait qui devient aigre contient de l'acide succinique. En même temps, on y constate la présence d'un bacille ayant la forme d'un bâtonnet très court et formant des colonies sur la gélatine. En mettant une culture de ces bacilles dans du lait, on voit ce dernier renfermer au bout de quelques jours de l'acide succinique.

ÉD. RETTERER.

Ueber das Vorkommen der Fleischsäure im Harne (Sur la présence de l'acide carnique dans l'urine), par C.-W. ROCKWOOD (*Archiv f. Physiol., p. 1, 1895*).

En opérant sur 200 litres d'urine, l'auteur a pu démontrer la présence dans l'urine normale de petites quantités d'acide carnique, en partie au moins combiné à l'acide phosphorique. LÉON FREDERICQ.

Sur une réaction décélant la créatinine dans les urines de l'homme, par ŒCHSNER DE CONINCK (*Soc. de biol., 16 février 1895*).

Il s'agit de la réaction au nitroprussiate de soude. Cette réaction appartient à l'acétone. C'est seulement dans le cas des urines physiologiques qu'elle mérite confiance et indique la créatinine. DASTRE.

Recherches sur le chlore dans la bile, par G. DAGNINI (*Archives ital. de biologie, XX, p. 180*).

Le chlore de la bile recueillie de la vésicule biliaire subit des variations notables chez les différents animaux. Chez le chien la quantité de ce corps oscille de 0,034 à 0,117 0/0 ; chez le porc de 0,086 à 0,194 0/0; chez le bœuf de 0,151 à 0,219 0/0. — La bile de la fistule contient plus d'eau, comme on sait ; mais elle contient relativement plus de chlorure de sodium : 0,225 à 0,357 0/0. La quantité de chlore dans la bile peut, dans des limites restreintes, varier suivant l'abondance plus ou moins grande des chlorures contenus dans le sang qui circule à travers le foie. Cette influence du chlore absorbé de l'intestin se traduit par une augmentation graduelle en le composant à mesure que la digestion progresse. La teneur de la bile en chlore varie durant son séjour dans la vésicule biliaire dont les parois absorbent avec l'eau les sels les plus diffusibles, dont le chlorure de sodium. DASTRE.

Le sodium et le potassium dans la bile, par G. PIRRI (*Archives ital. de biol., XX, p. 196*).

Le potassium et le sodium sont surtout à l'état de taurocholates et glycocholates. Chez l'homme le glycocholate prédomine ; chez le bœuf la prédominance est encore plus marquée. Chez le chien, le chat, les glycocholates font défaut. La soude est en grand excès par rapport à la potasse. Les bases alcalines sont encore engagées dans la bile à l'état de chlorure, phosphates, sulfates. L'auteur opère sur des chiens à fistule biliaire et il évalue les quantités de Na et de K éliminées dans une période de 7 heures, puis dans une période de 24 heures. L'élimination par la bile des 24 heures en sodium paraît constante et considérable, indépendante du régime et de la quantité de bile. Celle du potassium est inconstante et minime : elle dépend du repas : elle peut augmenter jusqu'à décupler lorsqu'on administre à l'animal une certaine quantité de chlorure de sodium et surtout si l'on y ajoute du chlorure de potassium. L'administration des chlorures alcalins ne fait pas varier la quantité du sodium.

Ces résultats diffèrent de ceux de Glass (1892) en ce qui concerne le potassium. DASTRE.

Propriétés d'un liquide considéré comme provenant d'une fistule pancréatique chez l'homme, par E. BOURQUELOT et GLEY (*Soc. de biol.*, *30 mars 1895*).

Ponction, puis ouverture d'un kyste hydatique de la rate suturé à la peau; à la suite, trajet fistuleux fournissant un liquide clair (198 centimètres cubes en 12 heures) considéré *à priori* comme du suc pancréatique, mais n'en ayant en réalité aucune des propriétés, émulsive, protéolytique, ni amylolytique appréciable. DASTRE.

Analyse d'un liquide de kyste de l'épididyme, par E. GÉRARD (*Soc. de biologie*, *16 février 1895*).

Le liquide séparé du dépôt ne coagule point par la chaleur; il précipite par alcool, ferrocyanure et acide acétique, par acide azotique. Il donne un précipité avec des traces d'acide acétique, en trempant dans la solution un agitateur imprégné du mélange de 20 centimètres cubes d'eau avec 2 gouttes d'acide acétique, et non avec 1 goutte d'acide acétique par 10 centimètres cubes du liquide. C'est un fait assez général (liquide des kystes ovariques, Patein, 1889). La composition est exprimée par les chiffres suivants : eau 985.80; substances totales dissoutes 14.20; cendres 11.80; albumine coagulable par la chaleur 2.37; chlorure de sodium 9.00, sulfates, traces, extraits éthérés (graisses, lécithine, cholestérine; indican, 1.12). DASTRE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Du processus de curabilité dans la tuberculose aspergillaire, par RÉNON (*Société de biol.*, *16 mars 1895*).

Le tubercule aspergillaire peut passer à l'état fibreux, d'où guérison locale (Dieulafoy, Chantemesse et Widal, 1890). L'auteur a observé le même fait chez le pigeon et chez le lapin. Le processus de sclérose est curateur de la tuberculose aspergillaire, comme de la tuberculose bacillaire de Koch. L'auteur note les formes actinomycosiques de l'aspergillus, déjà observées par Laulanié et Ribbert chez les animaux, par Lichtheim chez l'homme, productions avortées, indices de la défense de l'organisme et de la vitalité moins grande du champignon. DASTRE.

Nécroses viscérales multiples dans la tuberculose humaine aiguë et subaiguë, par LEREDDE (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *1*).

Les nécroses épithéliales sont très fréquentes au cours de la tuberculose, surtout quand cette maladie prend, à un moment donné de son évolution, une allure aiguë et infectieuse. Ces nécroses atteignent simultanément le foie et le rein, et l'on peut supposer qu'elles frappent aussi d'autres or-

ganes pourvus d'épithéliums. Dans le foie et le rein, on observe souvent des lésions nécrotiques concomitantes des éléments conjonctifs et vasculaires. Les épithéliums d'excrétion sont respectés.

La nécrose tuberculeuse peut se développer en l'absence de granulations tuberculeuses dans les organes atteints. Elle s'explique par l'action des toxines circulant dans les vaisseaux.

L'expression hépatite ou néphrite ne saurait convenir ici, puisque l'on ne constate aucun des phénomènes qui se rapportent à l'état inflammatoire vrai. Il y aurait lieu néanmoins de rechercher si, chez les tuberculeux, les lésions nécrosiques ne peuvent pas réaliser quelques modalités cliniques susceptibles de les faire reconnaître. GIRODE.

Ueber Placentartuberkulose beim Rind..... (De la tuberculose placentaire chez la vache et ses rapports avec la tuberculose fœtale du veau), par KOCKEL et LUNGWITZ (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 294*).

Les faits de Kockel et Lungwitz démontrent que, malgré des lésions avancées de la muqueuse utérine et des cotylédons, la grossesse a suivi son cours normal. L'agent infectieux ne paraît pas passer de la muqueuse utérine dans les villosités maternelles par la voie sanguine, mais gagner de proche en proche le long des membranes, dans les cotylédons. Le nombre des villosités fœtales atteintes est beaucoup moins grand que celui des villosités maternelles. Il y a donc là des conditions qui empêchent le développement de la tuberculose : soit que les épithéliums du placenta fœtal opposent au bacille une barrière difficile à franchir, car les épithéliums contenant des bacilles ont souvent des noyaux intacts ; soit que le tissu lâche, gélatineux, pauvre en cellules des villosités fœtales et du chorion, soit un mauvais terrain de culture pour le bacille, et cependant une fois arrivé dans les villosités fœtales le bacille est vite emporté par la voie sanguine. En somme, le passage est difficile et n'a lieu qu'en présence de graves altérations placentaires. Dans leurs deux cas les foyers tuberculeux fœtaux étaient toujours d'ancienne date et calcifiés en partie, ce qui semble prouver que les tissus embryonnaires sont des terrains mal préparés pour le bacille et que les tubercules fœtaux ont une certaine tendance à la guérison. C. LUZET.

Die Tuberkulose des menschlichen Placenta..... (La tuberculose du placenta humain et ses rapports avec l'infection congénitale par la tuberculose), par SCHMORL et KOCKEL (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 313*).

A propos de trois autopsies de femmes tuberculeuses gravides, les auteurs font remarquer que le placenta ne jouit d'aucune immunité vis-à-vis de la tuberculose et que par suite l'infection congénitale est parfaitement possible. Ils ont en effet relevé dans les trois cas la présence de la tuberculose dans les villosités fœtales et dans un cas retrouvé le bacille dans le fœtus. La non-constatation chez les deux autres ne prouve pas qu'il n'y existait pas ; car il pouvait n'y avoir qu'une extrême rareté. C'est à cette rareté qu'est dû sans doute le fait qu'ils n'ont pas relevé de lésions tuberculeuses chez les fœtus. Il faut noter aussi la localisation des bacilles dans un cas : partie dans les vaisseaux sanguins, partie dans les

lymphatiques du foie, partie enfin dans le ligament hépato-duodénal.

C. LUZET.

Die Entstehung der zelligen Infiltration..... (Sur le mode de formation de l'infiltration cellulaire des tumeurs malignes), par W. HEIDEMANN (*Arch. f. pathol. Anat.*, *CXXXVII*, *3*).

L'infiltration de petites cellules est une transformation du tissu qui avoisine le carcinome. Près de la tumeur, le tissu conjonctif prend la forme de petites cellules analogues aux leucocytes. Plus loin, on voit des noyaux dépourvus de corps cellulaire et plongés dans la substance fondamentale du tissu ou les faisceaux fibreux eux-mêmes. Ces noyaux sont donc des restes de noyau que renfermaient ces tissus et ne représentent pas le résultat d'une division par voie mitotique ou amitotique. Ce ne sont pas non plus des noyaux de leucocytes immigrés. Il s'agit en un mot de noyaux dormants, qui se sont réveillés, ont grossi et sont devenus colorables.

ÉD. RETTERER.

Zur Histogenese des Krebses (cancer), par G. HAUSER (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXVIII*, *3*).

Hauser décrit les altérations que subissent les tissus dans le cancer du rectum. L'épithélium des glandes intestinales, qui est normalement composé d'une seule assise cellulaire, prolifère ; en outre, les cellules cylindriques sont remplacées par des éléments polymorphes, qui se superposent en couches nombreuses ; leurs noyaux augmentent de volume, deviennent plus riches en chromatine ; le protoplasma est plus granuleux et l'évolution muqueuse n'a plus lieu. De nombreuses mitoses indiquent la multiplication plus active de ces cellules épithéliales.

Ces modifications s'observent avant que les bourgeons glandulaires aient pénétré dans le tissu conjonctif sous-jacent.

En un mot, l'épithélium perd ses caractères primitifs, physiologiques : le protoplasma et le noyau prennent d'autres caractères en même temps que les cellules modifiées ont une tendance à subir la dégénérescence et meurent très rapidement. La cellule cancéreuse est donc une cellule épithéliale modifiée dans sa composition et sa reproduction ; le cancer est constitué par des générations des cellules-filles d'origine épithéliale, qui ont perdu les propriétés spécifiques de la cellule-mère ; c'est là la différenciation ou l'anaplasie de Hansemann. Quant aux causes qui produisent cette modification de la cellule épithéliale, elles restent totalement ignorées.

ÉD. RETTERER.

Sur la présence et le mode de répartition du glycogène dans les tumeurs, par A. BRAULT (*C. R. Acad. des Sciences*, *5 novembre 1894*).

Les néoplasmes sont assimilables à des tissus en voie de développement; on pouvait donc supposer qu'ils contiennent une assez forte proportion de glycogène, ainsi que cela est connu, depuis Cl. Bernard et Rouget, pour les premières phases du développement des tissus chez le fœtus. Les résultats confirment cette supposition : toutes les tumeurs sont riches en glycogène, et la proportion de celui-ci est exactement en

rapport avec la rapidité du développement du néoplasme. Toute tumeur qui prend en quelques mois des dimensions considérables contient dans sa masse une quantité de glycogène supérieure à celle que l'on trouve dans le foie des animaux en pleine digestion. M. DUVAL.

Atrophies tertiaires d'origine centripète, par G. MARINESCO (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

Il s'agit de lésions observées dans la moelle d'individus amputés. Il existe dans le renflement lombaire ou cervical une hémiatrophie de la substance grise et de la substance blanche du côté de l'amputation, et cette atrophie porte aussi sur le faisceau fondamental du cordon antéro-latéral et postérieur. (Zone cornu-commissurale.) Il y a une atrophie massive des cornes postérieures : les cellules subissent une atrophie par suite d'une perturbation fonctionnelle des excitations périphériques; les fibres qui en émanent (cylindraxes de ces cellules du cordon) éprouvent une dégénérescence trophique consécutive. L'atrophie des fibres exogènes des cordons postérieurs est une atrophie secondaire déterminée par des troubles fonctionnels des cellules des ganglions spinaux. L'atrophie des fibres endogènes est une atrophie tertiaire produite indirectement par la perturbation dans la somme des excitations périphériques apportées par les fibres exogènes. DASTRE.

Experimental inquiry upon the afferent tracts of the central nervous system of the monkey, par F.-W. MOTT (*Brain, part. 69, p. 3, 1895*).

Les recherches de W. Mott ont été faites sur des singes, en pratiquant la section unilatérale des racines nerveuses rachidiennes et en étudiant les dégénérations secondaires de la moelle par le procédé de Marchi. Les conclusions de ces recherches sont les suivantes :

1° Le cordon de Goll est formé spécialement par les cinquième, sixième et septième racines sous-thoraciques. Très peu de fibres entrent dans sa constitution au-dessus de la quatrième racine sous-thoracique.

Il se termine dans le noyau du funiculus gracilis. Quand ce noyau est détruit, il se fait une dégénération des fibres arciformes internes et de la couche interolivaire opposée, que l'on peut suivre jusqu'à la couche optique, mais qui ne remonte pas jusqu'à l'écorce cérébrale.

2° Après la section unilatérale des racines, il est fréquent d'y observer des fibres dégénérées dans le cordon antérolatéral opposé, mais il est probable que celles-ci proviennent de lésions des cellules grises de la moelle du côté correspondant à la section, résultant de l'opération. Elles sont d'ailleurs rares et constituent un faisceau situé en dedans du faisceau cérébelleux ventral; jamais on ne le voit dans le faisceau cérébelleux direct.

Après une section médiane de la région lombaire, on constate une dégénération symétrique des faisceaux antéro-latéraux des deux côtés. Les fibres proviennent de deux sources : *a*) les fibres ventrales cérébelleuses, les plus nombreuses, peuvent être suivies jusqu'au vermis et au pédoncule cérébelleux supérieur, pour s'enfoncer dans le lobe cérébelleux moyen ; *b*) des fibres croisées, décrites par Gowers et Edinger, qui nais-

sent vraisemblablement des cornes antérieures spinales et subissent leur décussation dans la commissure antérieure. On peut les suivre jusqu'à la protubérance : elles vont se perdre dans les tubercules quadrijumeaux et peut-être gagnent la couche optique. H. R.

Zur pathologischen Anatomie der spinalen Kinderlähmung (Paralysie spinale infantile), par SIEMERLING (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 1, p. 267*).

Le travail de l'auteur contient la très intéressante relation de trois cas de paralysie infantile avec autopsie, où l'examen histologique a pu être pratiqué à une époque relativement peu éloignée du début de l'affection spinale.

L'étude de ces faits a conduit l'auteur à la conclusion suivante qui tranche avec les notions classiques qui avaient cours jusqu'alors :

Dans la pathogénie de la paralysie spinale infantile, l'inflammation du tissu interstitiel, qui est en conformité avec la distribution vasculaire, notamment dans le territoire du tractus artériel spinal antérieur (art. sp. ant.), joue un rôle capital.

Il n'y a pas lieu d'admettre une affection primitive des cellules ganglionnaires, dans le sens de la doctrine enseignée par Charcot.

E. R.

Beitrag zur Lehre von der Hydromyelie, par STAUB (*Deut. Arch. für klin. Med., LIV, p. 113*).

Le cas de Straub est considéré par cet auteur comme une hydromyélie pure, constamment progressive, conduisant à l'atrophie de la moelle et à la formation d'un diverticule dans le bulbe. La cause en serait dans l'augmentation de la transsudation, se faisant dans un canal central déjà dilaté congénitalement, et sous l'influence vraisemblable de la stase sanguine provoquée par la scoliose, dans le canal vertébral et dans la moelle épinière. C. LUZET.

Myosite des oreillettes du cœur, par Max RADASEWSKY (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVII, p. 381*).

R. rapporte 6 observations de myocardite avec lésions prédominantes de la musculature des oreillettes. En dehors de la myocardite disséminée en foyers de forme calleuse souvent décrite, il y a une dégénérescence fibreuse diffuse du muscle cardiaque moins apparente à un examen sommaire et rarement signalée. Cette dégénérescence fibreuse diffuse est toujours beaucoup plus marquée dans la paroi des oreillettes que dans celle des ventricules. Elle a une importance toute spéciale au point de vue des accidents cliniques. C'est de cette lésion des oreillettes bien plus que des lésions des ventricules que dépend en effet l'irrégularité du fonctionnement cardiaque. A.-F. PLICQUE.

Ueber thrombenähnlichen Bildungen im Herzen (Des formations thrombiformes dans le cœur), par BOSTROEM (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 219*).

Dans le cœur d'un enfant de 3 semaines, mort avec des symptômes de cyanose, l'auteur a trouvé dans l'oreillette droite un gros thrombus enve-

loppé d'une membrane organisée. Discutant l'origine de l'encapsulement, l'auteur élimine une organisation du caillot, en raison des faits suivants : d'une part, il y a discordance entre l'état d'organisation de la membrane d'enveloppe et l'âge du caillot, estimé à l'état de conservation des globules rouges ; de l'autre, on constate à son niveau un amincissement de la paroi ventriculaire et on retrouve dans la capsule des fibres musculaires striées, ayant les caractères des fibres-cellules du myocarde. On doit donc admettre dans ce cas, non un thrombus intra-auriculaire, mais une hémorragie interstitielle de la paroi ventriculaire. L'auteur croit pouvoir expliquer la pathogénie de ce faux thrombus de l'oreillette par la thrombose d'une varice de l'oreillette, dont il rapporte des cas. Cette varice très grosse siège en effet au point d'élection de ces lésions.

C. LUZET.

Coupes histologiques concernant les principales variétés de gastrites, par G. HAYEM (*Soc. de biol., 23 février 1895*).

D'après Renaut (de Lyon), l'estomac humain subirait une auto-digestion post mortem si rapide qu'il serait impossible de se procurer des pièces permettant d'y reconnaître les altérations pathologiques. Il est facile, selon l'auteur, de reconnaître l'auto-digestion, de faire la part qui lui revient. l présente, à l'appui, une collection de préparations montrant les lésions glandulaires de l'estomac. DASTRE.

Étude expérimentale de la gastrique toxique chez le lapin, par A.-H. PILLIET (*Revue de méd., 10 février 1895*).

Pilliet a eu recours dans ses expériences aux essences d'absinthe, de reine-des-prés, de tanaisie, de géranium, d'anis, de génevrier, d'oranges amères, etc. Plusieurs d'entre elles entrent dans la composition des bitters, amers, curaçaos.

Il les injectait dans l'estomac de ses animaux, et a déterminé ainsi des gastrites toxiques légères qu'il oppose aux gastrites toxiques profondes produites par les acides minéraux.

Dans un premier degré, on notait l'augmentation considérable du nombre des cellules bordantes sous l'action des essences, et surtout de la tanaisie, et l'allongement des glandes qui en résulte nécessairement.

A un second degré, il existe en outre une desquamation superficielle de la muqueuse, consécutive à l'hypersécrétion de mucus des cellules de la surface qui se vident et tombent. Ce mucus est aussi beaucoup plus concret que de coutume et forme de vastes plaques adhérentes à la muqueuse.

A un 3e degré, la partie superficielle de la muqueuse s'est démesurément accrue, les villosités se sont allongées encore et en même temps les tubes glandulaires se sont raccourcis ; leurs cellules sont petites, la sécrétion glandulaire s'est amoindrie à l'inverse de celle du mucus. Bientôt toute la partie superficielle se détruit et forme une escarre adhérente à la partie profonde par la sécrétion muqueuse qui remplit le goulot de glande et par les débris de la trame conjonctive. Bientôt l'escarre se détache, se soulève petit à petit, est émiettée et digérée, et les cellules glissant du fond des glandes revêtent à nouveau les moignons de

la charpente laissés à nu; elles prennent le type caliciforme à sécrétion de mucus et la muqueuse est reconstituée, moins haute toutefois qu'auparavant. Le substratum anatomique de l'embarras gastrique fébrile, surtout dans ses formes graves, doit être très voisin de cet état.

Enfin, lorsque la destruction de la muqueuse est complète, elle s'accompagne d'hémorragies qui décollent complètement le fond des glandes. Aucune réparation n'est alors possible, et si les animaux avaient survécu, une gastrite ulcéreuse eût été la conséquence ultime de ces lésions. C. GIRAUDEAU.

Ueber eine Nierenmykose und das gleichzeitige..... (Sur une mycose rénale et sur la concomitance de diverses formes de microorganismes dans le diabète), par Paul ERNST (*Archiv für pathol. Anat.*, *CXXXVII*, *3*).

P. Ernst rencontra, chez un diabétique, toutes les formes possibles de champignons: le staphylococcus aureus parmi les micrococques; des bacilles du groupe du bacillus coli; des saccharomycètes et enfin l'aspergillus fumigatus.

Ce cas montre manifestement que le diabète crée une disposition favorable au développement de divers champignons. ÉD. RETTERER.

Sur les altérations du sang dans les maladies rénales, par BOGDANOFF-BEREZOWSKI (*Vratch*, *n° 12*, *1895*).

Dans les néphrites, la coagulabilité du sang est augmentée, surtout dans les néphrites chroniques. La densité du sang est diminuée dans les néphrites aiguës et chroniques. Dans les néphrites aiguës, la densité tend à s'augmenter lorsque la maladie est en voie de guérison. Dans les néphrites chroniques, la densité reste diminuée, avec des oscillations insignifiantes, pendant toute la durée de la maladie. Il n'y a pas de rapport entre la densité du sang et l'intensité des œdèmes. Le taux de l'hémoglobine, diminué dès le début des néphrites, soit aiguës, soit chroniques, va en diminuant, malgré l'amélioration de la maladie.

Le nombre des hématies est diminué et continue à diminuer dans les néphrites soit aiguës, soit chroniques, même quand il y a amélioration du processus. Le nombre des globules blancs est légèrement augmenté; cette augmentation est passagère dans les néphrites aiguës curables; elle est durable, avec des oscillations insignifiantes, dans les néphrites chroniques. Le taux des globules jeunes est diminué; mais dans les cas curables, surtout dans les néphrites aiguës, leur nombre tend à augmenter. Le taux des globules adultes est légèrement augmenté et reste augmenté durant toute la maladie. Le nombre des globules polynucléaires est notablement augmenté; il diminue à mesure que la maladie tend vers la guérison; ce phénomène est moins net dans les néphrites aiguës. Le nombre des cellules éosinophiles est augmenté pendant toute la durée de la maladie. Le taux des globules en voie de destruction est également augmenté pour revenir à la normale au moment de la guérison; l'augmentation de cette espèce de leucocytes est parallèle avec l'augmentation de la coagulabilité du sang. H. FRENKEL.

Das Adeno-carcinom der Leber mit Cirrhose (L'adéno-carcinome du foie avec cirrhose), par SIEGENBEEK VAN HEUKELOM (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat., XVI, p. 342*).

L'auteur rapporte trois autopsies de cette lésion du foie et note les particularités suivantes : Dans ces trois cas on note aisément le passage des cellules hépatiques à celles de la néoplasie, en sorte que celles-ci sont évidemment dérivées de celles-là. Le début de la néoplasie consiste dans la formation de trabécules atypiques aux dépens de cellules atypiques. Dans les parties jeunes végétant dans les veines, Siegenbeck remarque que les cellules y ont une grande régularité, qui ne se rencontre pas dans celles du reste de la néoplasie. Le développement est d'abord trabéculaire, il devient ensuite adénomateux ou en apparence alvéolaire ; mais ces alvéoles ne sont que des trabécules monstrueusement épaisses. Dans le premier cas, les cellules étaient dès le début grosses, polymorphes et souvent multinucléées ; leur protoplasma est vasculaire et il existe des corpuscules nucléaires énormes ; dans le second cas, les cellules sont plus petites que les cellules hépatiques, leurs noyaux et nucléoles sont petits, mais elles ont la même tendance à se remplir de graisse ; dans le troisième cas, on trouve des cellules de toutes formes jusqu'aux cellules cylindriques, les noyaux sont normaux et le processus de dégénérescence au maximum. Ces variations, déjà constatées par Hanot et Gilbert, se dérobent à toute explication. L'auteur a noté dans certaines cellules des formations parasitiformes qu'il considère comme des noyaux en voie de dégénérescence ou comme des parties de noyau séparées de la masse principale.

Les différences existant entre les cellules néoplasiques et celles du foie sont les suivantes : les cellules présentent leur couleur gris clair et perdent leur pigment. Elles sont plus grossièrement granuleuses, comme dans nombre de néoformations épithéliales. Les autres sortes de lésions du protoplasma sont d'ordre dégénératif. Les plus grandes différences sont sur le noyau. Celui-ci augmente de volume, contient plus de chromatine et devient polymorphe.

L'auteur laisse en suspens la question de savoir si la cirrhose précède la prolifération cellulaire, ou si c'est l'inverse. C. LUZET.

Ueber die Dermoidcysten und Teratome..... (Des kystes dermoïdes et des tératomes et spécialement des kystes dermoïdes des ovaires), par WILMS (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 289*).

L'auteur conclut de son travail : les kystes dermoïdes de la tête, de la poitrine et une partie des kystes du tissu rétropéritonéal et rétrorecta sont dus à des germes erratiques transportés dans les enfoncements pour les formations glandulaires ou dans les soudures de fentes fœtales. Une partie des tératomes de la base du crâne et de la cavité abdominale sont des monstres doubles et des inclusions de fœtus en fœtus. A l'exception de ceux nés dans les ovaires, tous les kystes dermoïdes sont ou des kystes cutanés purs, ou bien ils contiennent en outre des tissus que l'on rencontre dans le voisinage. Il faut en distinguer nettement les dermoïdes ovariens, quant à la structure et à l'origine. Ceux-ci naissent tous d'une

formation germinative à trois feuillets, qui se forment sur le même mode de développement que le fœtus humain, et on reconnaît même une analogie dans l'arrangement et la situation des organes. Par suite de l'arrêt de développement dû à la pression mécanique les tissus qui se différencient les premiers arrivent à un développement plus complet et étouffent les autres. De là dépend la prévalence de l'ectoderme et des organes de la région céphalique. Dans le développement des organes en particulier, en outre de la loi précédente, il faut tenir compte de la différence d'énergie de croissance des cellules. Pour la structure et la forme des organes en particulier, la malformation se développe, sur le type normal, tant que des influences mécaniques ne viennent pas la gêner. La circulation du sang dans les parasites ovariens est réglée par l'organisme mère; cependant la tumeur même fournit en partie le système vasculaire et peut, dans certains cas, prendre part à la préparation du sang. Comme la circulation, la nutrition et l'excrétion sont amenées par l'organisme mère; il en résulte l'absence constante de certains organes, tels que le foie et le rein. Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont donc des fœtus parasitaires, et doivent être caractérisés en tant que groupe autonome par le nom de parasites ovariens rudimentaires. C. LUZET.

Ueber ein mit dem Ductus Wirsungianus..... (Sur un diverticule par traction de l'estomac, communiquant avec le canal de Wirsung), par HEUBEL (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, *LV*, *p. 240*).

Dans le cas de Heubel, il y avait vers le milieu de la petite courbure, un enfoncement infundibulaire, ayant 5 à 6 millimètres de diamètre à son extrémité stomacale, dans lequel la muqueuse épaissie, tuméfiée, mais non cicatricielle pénètre en se plissant. Ce diverticule, long de un centimètre, pénètre dans la substance du pancréas. La sonde introduite passe facilement de là dans le canal pancréatique. Cette fistule pancréatique permettait le déversement facile du suc dans l'estomac. C. LUZET.

Ueber Polyposis intestinalis adenomatosa....., par HAUSER (*Deut. Archiv f. klin. Med.*, *LV*, *p. 429*).

Chez un homme de 33 ans, porteur de polypes du rectum, qui donnaient lieu à des selles sanglantes, sans sténose notable, l'extirpation du rectum fut pratiquée, mais la mort survint par péritonite et pneumonie. A la périphérie de ces proliférations de la muqueuse, là où elles se continuent avec la muqueuse normale, on voit en certains points des proliférations épithéliales dans quelques glandes qui n'ont aucun rapport avec la prolifération cancéreuse, la totalité du tube étant revêtue d'une couche de cellules cylindriques parfaitement normales; on voit ailleurs l'épithélium normal quelquefois sans transition s'adosser à un éphithélium dégénéré. Il faut supposer que les proliférations multiples des glandes, constatées dans la totalité de l'intestin, ont un certain rapport avec la dégénérescence cancéreuse locale survenue ultérieurement. Mais ce rapport n'est pas tel qu'il faille voir dans ces proliférations des prodromes du cancer, devant inévitablement, en continuant à se développer, conduire au cancer. Ces proliférations possèdent, par suite seulement de la nature de leur épithélium et de l'état d'irritation chronique auxquelles

elles étaient exposées, surtout dans le segment inférieur de l'intestin, une prédisposition exagérée à la dégénérescence cancéreuse. C. LUZET.

Ueber einen Fall von Gascysten..... (Sur un cas de kyste gazeux dans la paroi intestinale et dans des fausses membranes péritonitiques), par WINANDS (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVII, p. 38*).

Dans le cas de Winands il s'agissait d'un cas de météorisme existant déjà depuis des années et que l'on avait ponctionné cinq ans avant la mort. La cause la plus vraisemblable de cet état, s'accompagnant de constipation persistante, est une péritonite chronique assez étendue, développée au cours d'un grand ulcère de l'estomac. Vraisemblablement, le déplacement de l'utérus fixé par des adhérences avait gêné l'évacuation intestinale. Le côlon était considérablement déplacé. La lésion la plus remarquable était la présence de kystes gazeux de l'intestin et l'accumulation de vésicules remplies d'air dans les couches néoformées de la surface de la séreuse, surtout au niveau du gros intestin. Il n'y avait là rien qui rappelât un développement de gaz après la mort, phénomène cadavérique fréquent. Ce n'était pas non plus de l'emphysème, au sens ordinaire de ce mot ; tout au plus y pouvait-on penser pour les vésicules de néo-membranes, car les cavités de l'intestin avaient le caractère des kystes autonomes avec paroi ferme et devaient exister depuis longtemps. On peut penser que les altérations inflammatoires de la séreuse avaient pris naissance pendant la formation des kystes et vraisemblablement sous l'influence de la même cause, car leur maximum siégeait aux points où les kystes pariétaux étaient le plus considérables. On trouvait de plus des signes évidents d'une infiltration inflammatoire encore récente, même avec un peu de fibrine épanchée dans des fausses membranes, contenant des kystes gazeux et appendus au gros intestin. En ces points on voit la lésion débuter par la dilatation et l'altération de fentes lymphatiques dans ces fausses membranes vasculaires et en état d'infiltration chronique. En ces points l'endothélium est en prolifération, forme des cellules géantes multinucléées, tandis que les formations kystiques anciennes ont un revêtement endothélial simple. La présence dans quelques kystes d'un précipité fibrineux montre qu'il y avait là primitivement de la lymphe. Quand à la pathogénie de ces kystes, elle n'a pu être établie, mais il devait y avoir une cause d'irritation permanente, sans quoi on ne concevrait pas la persistance des gaz dans ces kystes. L'auteur fait remarquer l'analogie qui existe entre ces kystes et ceux du vagin.

C. LUZET.

Observations of the leucocytes and giant cells in epithelioma of the tongue, par H. DUENSCHMANN (*The Journ. of pathol. and bact., III, 1, p. 118*).

Dans des coupes d'épithélioma de la langue, colorées soit par l'hématéine, soit par le procédé de Biondi ou par celui de Foà, Duenschmann a observé la présence de nombreux leucocytes dont le développement accompagne celui des globes épithéliaux. Au début de la formation de ces derniers, les leucocytes apparaissent à leur pourtour ; à une période plus avancée, ils pénètrent dans l'intérieur des cellules épithéliales et l'on

peut en voir 3, 4, 5, ou davantage, inclus dans une cellule. Le protoplasma des cellules épithéliales ainsi envahies disparaît peu à peu, résorbé par les leucocytes. Il peut arriver que la totalité des cellules d'un îlot soit ainsi envahie par les leucocytes. Le même rôle peut être rempli par de véritables cellules géantes dont il existe un certain nombre au centre ou à la périphérie des foyers épithéliaux. Ces cellules géantes englobent alors non seulement les cellules épithéliales, mais encore les leucocytes eux-mêmes, lorsque ceux-ci ont terminé leur rôle phagocytaire. Une même cellule géante peut ainsi contenir 2 ou 3 leucocytes et des débris de cellules épithéliales, spécialement de cellules cornées, qu'on reconnaît parce qu'ils fixent, d'une manière élective, les couleurs basiques d'aniline. H. VINCENT.

Zur Pathologie des menschlichen Darm-Milzbrandes (Charbon intestinal humain), par KRUMBHOLZ (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 240*).

Sur le cadavre d'un homme mort rapidement et où l'on soupçonnait le choléra, les lésions intestinales étaient celles du charbon intestinal. Il n'y avait nulle part trace d'excoriation cutanée. Le mode de pénétration des bacilles pouvait être suivi sur les points les moins malades de l'intestin. Là les cellules étaient même conservées; çà et là une petite hémorragie, sans nécrose des tissus. Les bacilles existaient en petite quantité entre les tubes glandulaires, dans le tissu de la muqueuse et dans les glandes elles-mêmes, mais leur quantité était notable dans les capillaires lymphatiques qui, partant des villosités, couraient entre les glandes. Les bactéries avaient donc pénétré entre les cellules épithéliales et par les glandes pour infecter les voies lymphatiques. Les ganglions étaient généralement trop farcis d'hémorragies pour qu'on pût y reconnaître les rapports des bacilles avec les éléments histologiques de l'organe. C. LUZET.

Ueber die Bildung des Colloids in Strumen (De la formation de matière colloïde dans les goitres), par REINBACH (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 596*).

Le fait le plus constant dans les 10 cas examinés par l'auteur est la présence de matière finement granuleuse dans la lumière des follicules, en quantité qui peut dépasser dans quelques cas celle des masses colloïdes homogènes. Ces granulations ont la plus grande importance pour l'explication de la formation de la matière colloïde, car elles en forment l'un des avant-stades, et l'on peut souvent voir la transformation progressive de l'une en l'autre dans un seul et même follicule. Dans cette transformation il y a non seulement modification de la densité, mais aussi changement de couleur. Quant à l'origine de la matière granuleuse, Reinbach la place dans certains grands éléments ronds ou ovales, plus gros que les cellules épithéliales, à protoplasma pâle, mais formé des mêmes masses finement granuleuses que le reste du contenu folliculaire, qui l'entoure. Celles-ci ne seraient que des modifications des cellules épithéliales elles-mêmes. Ce qu'il y a de spécial dans ce processus, c'est le manque complet de gouttes homogènes, de boules ou de masses irrégulières, donnant naissance à la colloïde par leur confluence. La formation de substance colloïde dans les goitres doit donc être considérée comme un processus purement dégénératif. C. LUZET.

Les protozoaires des myomes, par VEDELER (*Centralbl. für Bakt., XVII, 7 et 8, p. 249*).

Dans des coupes de myomes colorées par l'hématoxyline et l'éosine, l'auteur a trouvé des aspects, qui rappellent complètement ceux des amibes. Ces corps, placés entre les fibres musculaires, ont un protoplasma jaune brunâtre et un noyau fortement coloré en bleu. On les rencontre assez disséminés (12 à 14 dans un point de la préparation ayant 5 mm. de long sur 2 de large); ils ont des dimensions analogues à celles des leucocytes au minimum, et 3 ou 4 fois plus grandes au maximum; ils sont ronds, angulaires ou munis d'un pseudopode. Ils peuvent modifier leur forme suivant la résistance que leur opposent les éléments qui les entourent, tout comme les amibes. Enfin, ils présentent un mode de division et des spores analogues à celles des amibes.

L'auteur admet, jusqu'à démonstration du contraire, que ce sont ces protozoaires observés par lui qui sont les causes d'irritation qui déterminent la production des myomes. H. BOURGES.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber die Beziehung des Blutgefässendothels..... (Des rapports de l'endothélium vasculaire sanguin avec l'émigration et la diapédèse), par LÖWIT (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 521*).

Il existe sur l'endothélium vasculaire du mésentère de la grenouille non mis à nu une altération typique caractérisée par la formation de stomates et stigmates, sans qu'on puisse y constater simultanément l'émigration et la diapédèse. D'autre part, dans les mêmes conditions, il peut se faire une diapédèse spontanée sans altérations notables du derrière argenté de l'endothélium vasculaire. On peut noter sur le mésentère de la grenouille reposé à l'air pendant 2 à 3 heures l'adhérence des leucocytes à la paroi, la migration et même la diapédèse sans altérations concomitantes des lignes endothéliales ; mais si le mésentère a été exposé pendant 3 à 6 heures on trouve ordinairement des altérations endothéliales notables, avec beaucoup de migration et de diapédèse. En somme l'émigration et la diapédèse des éléments figurés du sang peut se faire par les stigmates et stomates, ou bien sans eux, et ces lésions peuvent vraisemblablement exister sans migration ni diapédèse. C. LUZET.

Ueber die Entstehung..... (De la formation des diverses formes leucocytaires de sang), par ZENONI (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 537*).

De ses expériences faites sur le chien auquel il enlevait chaque jour 400 à 500 grammes de sang qu'il défibrinait, puis réinjectait, Zenoni conclut qu'on enlève au sang par la défibrination la plus grande partie de

ses globules blancs et qu'il se produit ensuite une leucocytose secondaire et intense. Quand celle-ci survient aucune forme de leucocyte ne paraît prévaloir sur les autres, et toutes paraissent être indépendantes des autres. Au point de vue de la question de savoir s'il existe entre les leucocytes mononucléaires et polynucléaires des rapports génétiques, on peut conclure que les polynucléaires ne proviennent pas des mononucléaires et que les différences de noyaux n'indiquent qu'une différence d'origine. Il n'y a vraisemblablement de rapports étroits qu'entre les gros et les petits leucocytes. C. LUZET.

Beobachtungen über experimentell erzeugte..... (Sur les foyers inflammatoires développés expérimentalement dans le cerveau), par E.-G. SCHRÖDER et KUEMMEL (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, *XXXV*, *p. 269*).

Si l'on injecte de l'agar dans la substance centrale, il ne se produit rien ; il n'en est pas de même si l'agar renferme une culture de bacilles tuberculeux. Au bout de quelque temps se développe un tubercule en foyer.

Lorsque celui-ci siège dans le lobe frontal, il se développe surtout des troubles moteurs et de la sensibilité cutanée : ceux-ci atteignent le plus souvent le côté opposé, où ils sont prédominants ou localisés. Les troubles moteurs sont des convulsions, de la faiblesse, des troubles de coordination diversement combinés; les troubles de la sensibilité, une diminution de la sensibilité. Plus rare est la cécité croisée. Les foyers développés dans les lobes postérieurs peuvent évoluer jusqu'aux accidents terminaux sans déterminer de symptômes. P. TISSIER.

Beitrag zur Ätiologie der Nephritis, par PERNICE et SCAGLIOSI (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXVIII*, *3*).

Pernice et Scagliosi injectèrent sous la peau de divers mammifères (cobaye, lapin, souris, chien) des doses variables (un quart de centimètre ou deux centimètres cubes) de cultures microbiennes. Ces microbes appartenaient aux groupes pathogènes et non pathogènes (bacilles du charbon, B. pyocyaneus, staphylococcus, pyog. aureus, M. prodigiosus). Le passage des bacilles dans le rein détermine les lésions suivantes. Les microbes pathogènes aussi bien que ceux qui ne sont pas pathogènes et qui n'amènent pas la mort de l'animal produisent de l'hyperémie, de l'endartérite et des extravasations sanguines dans les glomérules de Malpighi. L'hémorragie est toujours suffisante pour faire passer les bactéries dans l'intérieur de la capsule de Bowmann, dans les tubes urinifères et enfin dans l'urine. La présence des bacilles dans les tubes urinifères provoque des altérations dans l'épithélium ; celui-ci est atteint de gonflement trouble et de dégénération graisseuse ou hyaline ; plus tard on constate la présence d'exsudats et de cylindres granuleux ou hyalins. Bien que les tubuli contorti soient essentiellement le siège de l'inflammation, on voit les tubes droits atteints d'altérations, à un degré moindre il est vrai.

Plus tard, l'épithélium se desquame et bouche les tubuli, dont les parois s'accolent, de sorte qu'il en résulte de l'hyperplasie dans le tissu conjonctif intertubulaire.

Lorsqu'on filtre des cultures de bacilles du charbon et du B. pyocya-

neus et lorsqu'on injecte la solution filtrée aux cobayes, ces produits toxiques déterminent dans le rein les mêmes modifications morbides que lorsqu'on se sert des cultures non filtrées. ÉD. RETTERER.

Pathology and treatment of urœmia, par HUGHES et CARTER (*The Amer. Journ. of the med. sc., septembre 1894*).

Les auteurs injectent à des chiens du sérum recueilli chez des malades urémiques, et déterminent une véritable urémie expérimentale, avec glomérulo-néphrite à l'autopsie. Or, pareille néphrite se produit quand on injecte du sérum humain normal à des chiens : il est irritant pour les reins. Le poison paraît provenir de l'intestin et dépendre de la nourriture animale, car le sérum de cheval n'est pas toxique pour le chien et celui du chien, par contre, injecté à des lapins, les tue rapidement. Quand on chauffe le sérum des urémiques avant de l'injecter, il perd en partie sa toxicité.

Les auteurs conseillent, comme traitement de l'urémie, avant tout la saignée, puis l'injection sous-cutanée d'une solution saline. H. R.

Modifications histologiques des glandules thyroïdiennes après thyroïdectomie, par E. GLEY et A. NICOLAS (*Soc. de biol., 23 mars 1895*).

Après la thyroïdectomie, les glandules s'hypertrophient, par augmentation numérique des cellules épithéliales. Les modifications qu'elles éprouvent sont plutôt cellulaires que structurales. On ne peut savoir si ce sont les premières phases d'un changement les amenant à la véritable structure de la thyroïde. On n'y trouve pourtant ni les vésicules closes ni le contenu colloïde caractéristique de la thyroïde. DASTRE.

Pathogénie de la cachexie strumiprive, la thyroprotéide, par NOTKINE (*Semaine méd., 3 avril 1895*).

N. a réussi à isoler à l'état de pureté de la thyroïde une substance albuminoïde qu'il appelle thyroprotéide. Cette substance est toxique pour les animaux et provoque des troubles analogues à ceux de la cachexie strumiprive ; cette action est d'abord excitante, puis paralysante ; les contractions cardiaques diminuent, se ralentissent. La nutrition générale est troublée (amaigrissement) ; le corps thyroïde, à l'autopsie, est toujours pâle, anémié. Chez les animaux ayant subi une thyroïdectomie partielle, la thyroprotéide est toxique à une dose que les animaux sains supportent. Cette substance constitue vraisemblablement le poison qui, en s'accumulant dans l'organisme après ablation de la thyroïde, amène la cachexie. Il est détruit et annihilé par le véritable produit de sécrétion de la glande thyroïde. Cette glande a donc pour rôle d'épurer l'organisme de la thyroprotéide contenue dans le sang, de la neutraliser et de la déverser, ainsi annihilée dans le torrent circulatoire. A. CARTAZ.

Sclérose des greffes du pancréas chez le chien, par J. MOURET (*Soc. de biologie, 23 mars 1895*).

Examen de 16 cas de greffe de la portion descendante du pancréas

chez le chien. La greffe sécrète par la plaie cutanée du liquide pancréatique pendant 1 mois environ, puis la plaie se cicatrise et il n'y a plus d'écoulement à l'extérieur. La greffe est plus ou moins dure : les canaux excréteurs sont dilatés et forment de petites poches kystiques. Dans les greffes récentes le tissu glandulaire est peu altéré : mais bientôt les cloisons du tissu conjonctif emprisonnent les lobules et isolent les acini : après quoi l'écoulement n'a plus lieu au dehors, les canaux excréteurs se dilatent, l'épithélium se détache et tombe dans le canal, le tissu conjonctif s'unit au tissu conjonctif externe et fragmente l'acinus dont les cellules se séparent et deviennent petites, à protoplasma homogène, sans granulations zymogènes, à noyau très chromatique, repassant à l'état embryonnaire et faisant partie du tissu scléreux. On trouve fréquemment des ganglions nerveux. La glycosurie (après l'ablation du reste de la glande) dépend de l'état de la greffe. Avec une greffe au dernier période, il y a glycosurie abondante ; moindre ou nulle si le tissu glandulaire est peu ou pas atteint. DASTRE.

Résultats éloignés de soixante-quinze ablations des deux capsules surrénales, par E. BOINET (*Soc. de biol., 9 mars 1895*).

Ces ablations ont été pratiquées sur le rat. Sur 48 rats doublement décapsulés, on en a conservé 6 en excellent état encore 146 jours et 170 jours après l'opération. On n'a pas observé de taches pigmentaires sur la peau. — Dans une autre série, on en a conservé 5 sur 10, avec une autre manière d'opérer. Lorsque l'ablation est pratiquée en deux temps, les survies ont été de 95 à 130 jours. — La greffe intrapéritonéale n'a pas prolongé sensiblement l'existence de ces animaux. Le mécanisme de la mort varie suivant la durée de la survie : si la mort survient en quelques heures elle est due au choc nerveux ; si elle survient tardivement elle est due soit à la rétention de substances toxiques dans les muscles, le sang et les viscères, soit aux altérations du sang qui contient presque toujours (2/3 des cas) des granulations ocre, et des cristaux dérivés de l'hématoïdine, soit enfin aux lésions inconstantes de la moelle et du grand sympathique provoquées par un état inflammatoire des capsules et des régions voisines. DASTRE.

Sur la toxicité de l'extrait des capsules surrénales, par W.-A. GLUZINSKI (*Przeglad lekarski, 2 mars 1895*).

L'extrait des capsules surrénales est de beaucoup plus toxique que l'extrait de n'importe quel autre organe. G. a expérimenté sur la grenouille, le cobaye et le lapin, en se servant de préférence des injections intraveineuses ; l'animal fournisseur des capsules surrénales était le bœuf, le veau, le cochon, le chien, le lapin. L'extrait glycériné tue le lapin à la dose de 30 centigrammes à 1 gramme, tandis que la même dose de l'extrait de la rate, du pancréas, etc., reste sans effet. Le chauffage à 100° C ne diminue pas la toxicité de l'extrait surrénal. Le lapin présente, après l'injection intraveineuse, de la paralysie des extrémités, de l'opisthotonos, des convulsions des membres antérieurs, de la dyspnée. A l'autopsie, on trouve de l'œdème pulmonaire, des hémorragies dans les

séreuses, le cœur en diastole. La pression artérielle augmente immédiatement après l'injection intraveineuse, pour diminuer ensuite. Les injections sous-cutanées du même extrait produisent des effets moins marqués. H. FRENKEL.

Étude sur la pénétration des microbes intestinaux dans la circulation générale, pendant la vie, par L. BECO (*Annales de l'Institut Pasteur, p. 198, 25 mars 1895*).

L'envahissement de la circulation générale et des organes profonds par les microbes intestinaux se réalise chez beaucoup de malades avant la mort. Il n'existe pas une corrélation étroite entre cet envahissement et l'existence d'affections intestinales. Il est probable que les microbes que l'on trouve dans les organes profonds, lors des autopsies pratiquées dans les délais habituels, y ont été amenés pendant la vie par la circulation (peut-être y aurait-il lieu de faire des réserves pour les périodes de forte chaleur). Le corps thyroïde paraît être, au même titre que la rate, le foie, la moelle osseuse, un organe de dépôt pour les microbes en circulation dans le sang.

L'injection de cantharidine à dose convenable détermine le passage des microbes intestinaux dans la circulation. Avec l'émétique chez les les lapins, l'intoxication lentement mortelle détermine l'envahissement de la circulation par les microbes intestinaux pendant la vie ; l'intoxication rapidement mortelle ne détermine pas cet envahissement. Si l'envahissement de l'organisme par les microbes ne s'est pas produit au moment de la mort, il ne s'opère que très tardivement sur le cadavre intact. Le bacille coli ayant envahi l'organisme pendant la vie se multiplie dans les organes après la mort et prédomine sur les espèces associées.

Comme conclusion, on ne peut se baser uniquement sur la présence du bacille coli dans le sang et les organes profonds, alors même qu'elle est constatée avant la mort, pour établir une relation entre ce microbe et la maladie. P. TISSIER.

Contribution à l'étude des venins, des toxines et de sérums antitoxiques, par A. CALMETTE (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 4, p. 225, avril 1894*).

Certains animaux, comme le mangouste des Antilles, possèdent une immunité relative très manifeste contre les venins antitoxiques. En outre, parmi les espèces animales qui ne jouissent pas normalement du même privilège, tels que les chiens, on peut rencontrer quelques sujets dont le sérum est actif, in vitro, sur le venin. Le sérum normal de l'homme est quelquefois antitoxique vis-à-vis de la diphtérie, et beaucoup de sérums d'animaux immunisés, soit contre des toxines, soit contre des virus pathogènes, acquièrent par le fait du traitement vaccinal un certain pouvoir antitoxique et même préventif à l'égard d'autres toxines ou d'autres virus. C'est ainsi que les lapins vaccinés contre le venin deviennent résistants à l'empoisonnement par l'abrine ; que ceux vaccinés contre l'abrine peuvent acquérir un certain degré d'immunité à la fois contre le venin, contre la diphtérie, contre la ricine et même contre l'infection par la bactéridie charbonneuse. C'est ainsi encore que les ani-

maux vaccinés contre l'érysipèle ou contre la rage ont un sérum tellement actif sur le venin que, dans certains cas, il peut même devenir préventif.

Tous ces faits montrent donc que le sérum des animaux immunisés contre certains virus ou certains poisons peut devenir capable de donner l'immunité contre d'autres virus ou d'autres poisons. Ils montrent aussi que le degré de résistance d'un animal n'est pas toujours corrélatif du pouvoir antitoxique de son sérum vis-à-vis du virus ou du poison contre lequel il a été immunisé. Nous devons considérer comme très probable que les sérums antitoxiques ne modifient pas la toxine avec laquelle on les mélange et qu'ils se bornent à exercer à côté de celle-ci une action contraire, de telle sorte que ses effets nocifs ne peuvent plus se produire.

Le chauffage à 68°, qui fait perdre au sérum son pouvoir antivenimeux, laisse intact le venin dont la toxicité ne se trouve pas amoindrie malgré son mélange préalable avec l'antitoxine. La chaleur agit sur le mélange comme elle le ferait sur le sérum et sur le venin isolément. Il faut bien en conclure que le venin n'a été ni modifié ni détruit par le sérum, et qu'il ne s'était formé aucune combinaison de ces deux substances ou que la combinaison réalisée était au moins très instable. Par suite, on peut penser que si le sérum est préventif et thérapeutique, que si, injecté avec le venin, il empêche celui-ci d'agir, c'est, comme l'expliquait Roux, parce qu'il est insensible en quelque sorte d'emblée à l'égard du venin des cellules de l'organisme. P. TISSIER.

Étude sur l'absorption des corpuscules insolubles injectés sous la peau, par R. BODDAERT (*Annales de la Soc. de méd. de Gand, 1894*).

Si l'on injecte de l'encre de Chine liquide dans le tissu cellulaire de la face d'un lapin, et si l'on découvre les gros troncs lymphatiques de la base du cou, on voit au bout de 15 à 20 minutes la lymphe de ces troncs prendre plus ou moins nettement une coloration brunâtre. L'examen de la lymphe montre qu'elle charrie les corpuscules de l'encre de Chine et que les plus fines granulations sont véhiculées par les lymphocytes. De là ces corpuscules sont versés dans le sang.

L'arrêt des particules insolubles dans les ganglions lymphatiques n'est donc pas aussi absolu qu'on le prétend, même pour les particules dont le volume dépasse celui de la plupart des éléments anatomiques. Cette expérience peut jeter quelque jour sur le mécanisme de la généralisation des néoplasmes. LEFLAIVE.

Nouvelles recherches sur la pyrétogénine, par ROUSSY (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

Il s'agit de la diastase de la levure de bière, bien connue sous le nom d'*invertine* (qui transforme le sucre de saccharose en glucose). Injectée dans la veine auriculaire d'un chien, elle provoque des mouvements de dégoût et des manifestations de malaise immédiats. Au bout d'une demi-heure légers frissons et nausées. Une heure plus tard tremblements généralisés et secousses fortes; obtusion de l'animal; démarche provoquée chancelante; soif ardente, température montant à 41°,2. Atténuation des

troubles, vomissements, urination, diarrhée. C'est un accès fébrile en 3 stades évoluant en 8 heures. DASTRE.

Deux nouvelles propositions sur la thermogenèse, par LEFÈVRE (*Soc. de biologie, 9 mars 1895*).

L'animal (singe) est plongé dans un bain simple à 15°; l'abaissement rectal moyen par minute est de 0°,65. Si on le place d'abord dans le bain à 5° et seulement ensuite dans le bain à 15°, l'abaissement par minute n'est plus que de 0°,30, moins de moitié qu'auparavant, c'est-à-dire que l'animal résiste deux fois plus énergiquement. L'excitation produite par le froid initial a augmenté la thermogenèse. Les quantités de chaleur débitées au début d'un bain à 15° sont trois fois plus grandes, si l'on a fait agir d'abord le froid excitant d'un bain à 5°. Ce fait tient à l'hyperémie intense produite par le froid à 5°. — L'animal perd sensiblement la même quantité de chaleur si on le plonge dans l'eau maintenue à 5° ou dans de l'eau qu'il échauffera de 5° à 10°. — La puissance thermogénétique dépend de l'excitation initiale du froid; les débits dépendent de l'hyperémie. DASTRE.

Beiträge zur Lehre der Immunität und Idiosyncrasie, par H. ZEEHUISEN (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm., XXXV, p. 375*).

Chez les pigeons la rapidité de l'absorption et de l'élimination de l'apomorphine et de la morphine (injection sous-cutanée) n'est sensiblement modifiée ni par le refroidissement ni par l'échauffement. L'action excitante de l'apomorphine, l'action narcotique de la morphine (effets corticaux) sont très atténuées par le refroidissement ou l'échauffement.

Il n'en est pas de même du ralentissement de la respiration. La température des pigeons refroidis est abaissée par les deux poisons, celle des animaux échauffés lentement élevée, surtout avec de fortes doses.

La cause de cette élévation de température tient à l'empêchement de la polypnée qui survient chez les animaux échauffés. L'effet du changement de température sur l'action convulsive ou la toxicité des poisons est négligeable. L'effet vomitif des deux poisons est diminué par le refroidissement, celui de l'apomorphine par l'échauffement lent ; l'échauffement rapide augmente l'effet vomitif. PAUL TISSIER.

Beobachtungen über die Variabilität..... (Observations sur la variabilité des amas de bactéries et des formes de colonies dans différentes conditions physiques), par ROSENTHAL (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIV, p. 513*).

Diverses sortes de bactéries, déjà bien connues, montrent une considérable variabilité de leurs formes de croissance dans la gélatine, sous l'influence de deux facteurs : la consistance de la gélatine et la température. Il n'est pas toujours possible de séparer l'action de ces deux facteurs, à moins de prendre le soin de faire les cultures à une température basse réglée et dans de la gélatine diluée ; ou bien si on examine la croissance des bactéries dans la gélatine dense ordinaire, aux températures entre 20 et 30°, ce qui donne des conditions analogues au sujet de la consistance de la gélatine. La gélatine diluée à 2,5 ou 3,3 0/0 constitue le trait

d'union entre les milieux fermes et liquides et permet d'observer les formes de croissance et les amas, mieux que dans l'un ou l'autre de ces milieux. Elle permet d'observer au microscope les processus de croissance, de division et de sporulation. Elle peut aussi être utilisée par le diagnostic de certaines espèces si, par exemple, il est constant que le bacille typhique y forme constamment des spirilles, ce que ne fait pas le bacille coli commune. Dans ce cas le diagnostic serait possible dès les premières vingt-quatre heures. Comme le protée vulgaire de Hauser, un autre bacille possède la faculté d'essaimer à la surface de la gélatine; ce bacille est analogue en beaucoup de points à ce protée, mais il s'en différencie nettement; il paraît identique au bacille arborescent de Frankland et doit être désigné en attendant sous le nom de bacille arborescent migrateur. C. LUZET.

De la période latente des empoisonnements par injections veineuses de toxines microbiennes, par L. GUINARD et J. ARTAUD (*Soc. de biol.*, *2 mars 1895*).

Les toxines du bacille de la diphtérie et du tétanos présentent une période d'incubation initiale. Il en serait de même, d'après G. et A., de la toxine de la morve. D'autre part la toxine du pneumo-bacillus liquefaciens bovis, de la péripneumonie contagieuse, présente une *période latente* non plus initiale, mais *intermédiaire*, c'est-à-dire séparant une phase d'accidents primaires d'avec une phase d'accidents secondaires. En somme, les toxines microbiennes peuvent agir suivant deux types différents: à la façon des poisons ordinaires, à action immédiate; à la façon des diastases ou ferments solubles, à action secondaire. DASTRE.

Wirkung der löslichen (solubles) Producte der Mikroorganismen auf die Isotonie und den Hämoglobingehalt des Blutes, par BIANCHI-MARIOTTI (*Wiener med. Presse*, *2 septembre 1894*).

Les produits solubles des microorganismes pathogènes (typhoïde, septique, bacillus pyocyaneus, streptococcus pyogenes, choléra) ont la propriété, injectés en petites et moyennes quantités, d'augmenter régulièrement, ne fût-ce que d'une façon minime, le pouvoir isotonique du sang; les quantités moyennes des cultures filtrées peuvent être mathématiquement délimitées et comportent, suivant les microorganismes ou l'âge des cultures, de 3 à 6 centimètres cubes par kilogramme du poids du corps, Le bacille typhique semble faire exception à ces règles; il provoque, en effet, une réelle chute de l'isotonie, même après l'injection faite en deux fois dans quarante-deux heures de 7^{cc},5 de culture filtrée. S'agit-il d'une réelle exception ou bien le fait n'est-il pas bien mieux en connexion avec les faits déjà observés par d'autres du faible pouvoir de résistance des lapins contre la toxine typhique?

Les injections de doses massives abaissent constamment le pouvoir isotonique du sang. La quantité d'hémoglobine diminue toujours après l'injection des produits solubles des microorganismes, et cette diminution semble en rapport direct avec la quantité de substance injectée. Les injections réitérées de petites doses n'ont que très peu d'action sur l'isotonie et sur l'hémoglobine, ce qui démontre d'un côté l'accoutumance des

animaux aux toxines inoculées, et d'un autre côté leur élimination hors de l'organisme animal. CART.

Contribution à l'étude du vibrion septique, par A. BISSON (*Annales de l'Institut Pasteur*, *p. 179*, *25 mars 1895*).

Le poison produit par le vibrion septique peut s'isoler des cultures filtrées ou de la sérosité d'œdème de cobayes récemment morts de septicémie (moins actif). Cette toxine possède des propriétés chimiotaxiques négatives. A l'état de pureté, les spores du vibrion septique ne se développent pas dans les tissus vivants et sains, et cela par suite de l'active phagocytose qui se produit; aussi les spores germent-elles et provoquent-elles la septicémie lorsqu'elles sont protégées contre la phagocytose (addition de toxine à chimiotaxie négative, englobement des spores dans un cube de gélose peptonisée). Il faut tenir compte aussi des associations microbiennes favorisantes (microbes contenus dans la terre: micrococcus prodigiosus, staphylocoque doré). Le traumatisme joue aussi un grand rôle: profondeur des plaies, essentielle pour le développement de la septicémie gangreneuse; nécrose des tissus, fractures ouvertes, corps étrangers. P. TISSIER.

I. — Ueber Streptococcus longus pyothoracus, par HEIM (*Deutsche viertelj. f. öff. Gesundh.*, *XXVI*, *p. 662*).

II. — Untersuchungen über Infektion mit Pyogenen-Kokken : 2° Die verschiedenen Erscheinungsformen der Streptokokken-Infektion....., par J. PETRUSCHKY (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt.*, *XVIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 6*, *p. 262*).

I. — Les souris blanches sont les animaux qui se prêtent le mieux à l'étude de l'infection par le streptoc. long. pyothorac. (*R. S. M.,* XLIV, 446). L'action la plus remarquable de ce microorganisme est l'effet destructeur qu'il exerce sur le parenchyme glandulaire qui perd son aptitude à absorber les couleurs d'aniline, tandis que le tissu de soutien regorge de streptocoques. La rate, toujours hypertrophiée, offre des points jaunes visibles à l'œil nu qui correspondent à des foyers d'une altération semblable des cellules spléniques; à la limite des lésions se trouvent des amas microscopiques de streptocoques poussant leur prolongement dans le tissu encore intact. Le foie est également hypertrophié, mais présente plus rarement des points jaunes. Contre les parois de ses veines sont des dépôts de leucocytes dont quelques-uns contiennent des streptocoques qu'ils ont charriés et qui sont en voie de pullulation. L'urine, en conséquence d'une altération rénale plus ou moins marquée, renferme des streptocoques. On en retrouve, clairsemés dans les parois de l'estomac et de l'intestin, dans les poumons et le cerveau. Lorsque l'inoculation est pratiquée sous la peau de la racine de la queue, il n'y a pas de pleurésie. Les testicules, profondément altérés, ne contiennent de streptocoques que dans leur tissu conjonctif. Les embryons d'une souris ayant succombé à l'infection n'en renfermaient pas. Les expériences d'immunisation ont complètement échoué sur les souris et réussi seulement chez les lapins à l'aide de cultures stérilisées. Les lapins adultes étaient immunisés par l'inoculation qui les avait simplement intoxiqués.

II. — La question de l'unicité des streptocoques ne peut être résolue que par l'examen bactériologique d'infections streptococciques pures dans lesquelles s'est produite naturellement la transformation d'un état dans un autre. Petruschky relate 10 observations de ce genre; dans 5, l'érysipèle était secondaire à d'autres infections par les streptocoques, tandis que, dans les 5 restantes, un érysipèle primitif avait donné lieu à la formation de processus de suppuration sous-cutanés et complètement à l'abri de l'air. Par des expériences sur les animaux, P. s'est efforcé de prouver l'identité des streptocoques de l'érysipèle et de ceux des suppurations d'autre origine; de plus, à l'aide de streptocoques de diverses provenances, il a toujours obtenu un érysipèle sur l'oreille du lapin. Il conclut : Il existe des infections purement streptococciques dans lesquelles un foyer de suppuration primitif donne directement naissance à un érysipèle vrai; les streptocoques de cet érysipèle offrent le même degré de virulence que ceux du foyer de suppuration. Inversement, il existe des processus de suppuration sous-cutanés dérivant d'un érysipèle primitif et dus aux mêmes streptocoques. Tous les processus morbides occasionnés par les streptocoques ont pour commune tendance d'entraîner une courbe thermométrique à caractère rémittent fortement accentué.

J. B.

Sur le streptocoque, par MARMOREK (*Soc. de biol., 23 février 1895*).

La virulence du streptocoque de l'érysipèle est éminemment variable et difficile à obtenir très active. C'est là l'écueil du traitement sérothérapique appliqué à cet exemple. L'auteur a conféré une activité extrême au streptocoque en le faisant passer un grand nombre de fois par l'organisme du lapin. (Mortel en 30 heures à 1 centmilliardième de centimètre cube.) La toxine est infiniment active. Les animaux immunisés contre cette toxine fournissent un sérum préventif et curatif. DASTRE.

Myélites infectieuses expérimentales par streptocoques, par F. VIDAL et BEZANÇON (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 2, p. 104, 25 février 1895*).

Sur 116 animaux inoculés avec un streptocoque de provenance variable (bouche d'érysipélateux, de varioleux, bouche normale, utérus chez une femme atteinte d'infection puerpérale) 7 fois (soit 6 0/0 des cas), V. et B. ont assisté au développement de symptômes paralytiques apparaissant de 7 jours à 2 mois après l'inoculation. Celle-ci avait été faite soit dans le tissu cellulaire (oreille), soit en même temps dans les veines; 2 fois il y avait eu le lendemain inoculation de coli-bacille.

Dans les 7 cas la paralysie se termina par la mort du 13ᵉ au 70ᵉ jour après l'inoculation; la myélite apparut tantôt immédiatement après les symptômes infectieux d'inoculation, sans rémission, tantôt au bout d'un certain temps où l'animal semblait guéri, tantôt enfin comme premier symptôme.

Dans un cas, c'est à la suite d'un coït qu'apparut la paralysie. Tantôt (4 fois) il s'agit de paralysies flasques à marche subaiguë, tantôt de paralysies avec contractures plus ou moins généralisées (3 fois). Dans tous les cas, amaigrissement marqué des muscles. Le streptocoque dans 2 cas était assez virulent pour provoquer un érysipèle intense.

La moelle fut examinée dans 4 cas : les grandes cellules de la substance grise présentaient les altérations suivantes : dégénérescence granuleuse, vacuolaire ; atrophie cellulaire ; dégénérescence vitreuse. La névroglie de la substance grise est peu modifiée, les tubes nerveux en général peu altérés. Les lésions vasculaires sont très marquées, principalement au niveau des capillaires des cornes antérieures et des commissures (distension sanguine, ruptures, mais pas de lésions inflammatoires). Les lésions de la substance blanche, discrète dans 3 cas, étaient très marquées dans l'autre. D'ordre dégénératif elles frappent chaque tube isolément : altérations de la gaine de myéline, hypertrophie irrégulière du cylindre-axe, etc. La névroglie n'est pas le siège d'un processus inflammatoire, mais participe plutôt par places au processus nécrotique des éléments parenchymateux.

Il a été impossible de retrouver le streptocoque dans le système nerveux ; il semble donc qu'il s'agit de l'imprégnation des centres par des substances solubles d'origine microbienne, comme tend à le prouver la nature dégénérative du processus, portant presque exclusivement sur les éléments nobles et l'absence de systématisation vasculaire.

Dans un des cas il est à remarquer la tendance du processus dégénératif aigu à se localiser à certains faisceaux des cordons blancs.

PAUL TISSIER.

On local and general immunity, par E. COBBET et W. MELSOME (*The Journal of pathol. and bact.*, *p. 39*, *III*, *1*).

Les cultures du streptocoque de l'érysipèle cessent de croître, dans le bouillon, après 3-4 jours ; la plupart des cocci meurent en 7 ou 8 jours ; mais quelques-uns y restent vivants, pendant 3 mois et plus. La cause de l'arrêt du développement du streptocoque dans le bouillon est due à l'épuisement du milieu nutritif et non à la production d'une substance bactéricide.

La virulence du streptocoque se renforce par passages successifs de lapin à lapin.

L'inoculation du streptocoque ou de ses produits dans le péritoine du lapin lui confère l'immunité contre une seconde inoculation d'un microbe plus virulent.

L'érysipèle inoculé à l'oreille d'un lapin lui confère une immunité locale absolue, tant que l'oreille reste œdémateuse ; dans un peu plus de la moitié des cas, le même animal a acquis une immunité générale. Ces deux sortes d'immunité, locale et générale, ne durent que quelques semaines.

Lorsqu'on inocule, sous la peau de l'oreille d'un lapin qui a déjà eu un premier érysipèle, soit le streptocoque, soit les produits solubles de celuici, la réaction locale inflammatoire est plus précoce que dans l'oreille opposée qui n'a pas été immunisée par une première atteinte. Mais elle cesse beaucoup plus vite. H. VINCENT.

Zur Ätiologie der Diphtherie, par Fritz SCHANZ (*Deutsche med. Woch.*, *n° 49*, *p. 920*, *1894*).

Le bacille de la xérose est absolument identique au bacille de Lœffler, soit qu'on l'examine dans les préparations, soit qu'on étudie ses cultures ;

la seule différence est que le bouillon de culture du bacille de Lœffler est toxique pour le lapin, tandis que celui du bacille de la xérose ne l'est pas; mais comme la toxicité du bacille de Lœffler est très variable, ce caractère ne suffit pas pour faire de ces bacilles deux micro-organismes distincts. Le bacille de la xérose n'est donc qu'un bacille diphtéritique atténué. H. DE BRINON.

Studien zur bacteriellen Diagnostik der Diphtherie und der Anginen, par H.-C. PLAUT (*Deutsche med. Woch.*, *n° 49*, *p. 920*, *1894*).

La méthode de Roux et Yersin (coloration des produits tonsillaires et examen microscopique) n'est pas suffisante pour établir le diagnostic exact de la diphtérie que dans le cas où les préparations colorées renferment beaucoup de bacilles de Lœffler ou des amas de ces bacilles. Si l'on ne rencontre dans la préparation aucun bacille diphtéritique, on n'est pas autorisé, par ce fait seul, à exclure l'hypothèse de la diphtérie.

La culture, suivie de l'inoculation aux animaux, constitue la méthode la plus sûre.

Si, pour une raison quelconque, on ne peut faire de cultures, l'inoculation d'une membrane donne 20 heures après, par l'examen microscopique de la sécrétion du point inoculé, un moyen sûr et rapide de diagnostic. H. DE BRINON.

Sur la réaction rouge d'indol du bacille diphtérique, par PALMIRSKI et ORLOWSKI (*Medycyna*, *16 février 1895*).

Les cultures des bacilles diphtériques donnent la même réaction d'indol avec les acides minéraux (chlorhydrique, sulfurique) que les cultures cholériques : en ajoutant de l'acide, on obtient une coloration pourpre-rosée des cultures. Les cultures jeunes ne présentent pas la réaction, mais celles âgées de 3 semaines en donnent une très nette. C'est que la présence des corps nitreux est une condition nécessaire pour la production de cette réaction; or, les cultures jeunes ne contiennent pas encore de combinaisons nitreuses, bien qu'elles contiennent de l'indol, comme on peut s'en assurer par la réaction de Lugol. Par contre, les cultures vieillies renferment à la fois de l'indol et des corps nitreux. Les cultures filtrées sur la bougie Chamberland donnent également avec les acides la coloration rosée, tandis que les corps des bacilles ne présentent pas cette réaction. H. FRENKEL.

Étiologie de l'influenza, par L. LETZERICH (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *XXVII*, *p. 343*).

L'influenza est une mycose vraie du sang. Le parasite spécial prend pour milieu de culture le sérum sanguin, on le trouve facilement dans le sang. Il se cultive parfaitement sur la pomme de terre. On rencontre également le parasite dans l'urine. Il se développe sur les cultures avec une rapidité remarquable; en général les cultures initiales sont pures, exceptionnellement, après 48 ou 52 heures apparaissent d'autres microorganismes. Au microscope, ils apparaissent sous forme de fines chaînettes de diplocoques, mais un examen plus attentif montre qu'il s'agit en réalité de bacilles.

Il est vraisemblable que le bacille peut se développer non seulement

dans le sérum sanguin, mais dans toutes les sérosités de l'organisme, sérum du cerveau, de la plèvre, des séreuses, etc., ce qui explique la multiplicité des accidents. En dehors du repos au lit, d'une bonne alimentation, le seul traitement efficace serait la phénacétine à petites doses, $0^{gr},35$ toutes les 3 heures. A.-F. PLICQUE.

Beobachtungen und Untersuchungen über Influenza und den Erreger dieser Erkrankung, par O. VOGES (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 38*, *p. 868*, *17 septembre 1894*).

Voges a fait l'examen bactérioscopique des crachats de 15 malades atteints de grippe et y a toujours trouvé le bacille de Pfeiffer. Sur 9 grippés, il a vainement recherché ce bacille dans le sang. Il a constaté que l'agar et le bouillon, additionnés de sang humain ou d'hémoglobine, constituaient d'excellents sols nourriciers, tandis que le jaune d'œuf, contrairement aux dires de Nastankow (*Centralbl. für Bakter. und Parasi.*, XIV), ne lui a donné aucun résultat. Dans les œufs, les bacilles de la grippe restent vivants 4 jours, mais ils ne s'y développent point.

De même que Pfeiffer, Voges conclut de ses expériences sur souris blanches et lapins, que les troubles morbides provoqués chez ces animaux par des doses considérables de ces bacilles sont de nature toxique et nullement infectieuse, car les cultures mortes entraînent les mêmes conséquences que les vivantes et l'on ne retrouve jamais les bacilles dans leurs organes. Par injection intrapéritonéale, lapins, comme souris blanches, succombent à la diarrhée ; par injection sous-cutanée, les souris blanches offrent une paralysie du train postérieur. J. B.

Some of the effects of sunlight on tetanus cultures, par F. WESBROOK (*The Journ. of pathol. and bacter.*, *III*, *1*, *p. 70*).

W. expose au soleil et à la lumière des cultures de tétanos, les unes en présence de l'air, les autres en présence de l'hydrogène. Après 19 jours, ces dernières ont conservé leur pouvoir pathogène ; au contraire, les cultures insolées en présence de l'air ont perdu leur activité vis-à-vis de la souris blanche. Ces expériences confirment donc le fait que l'oxygène est un facteur nécessaire pour la destruction des bactéries exposées à la lumière solaire.

Les bouillons devenus inertes à la suite de l'insolation à l'air contiennent, cependant, des spores parfaitement vivantes. Réensemencées, ces spores donnent même des cultures plus virulentes que la culture initiale non insolée ; si les bouillons soumis à l'influence de la lumière solaire ne donnent plus le tétanos, c'est sans doute parce qu'ils ne renferment plus de toxine. H. VINCENT.

Sul veneno del tetano, par C. FERMI et L. PERNOSSI (*Annal dell' Istit. d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma.*, *IV*).

I. — Les cultures de tétanos les plus toxiques sont celles sur agar ; en 2e ligne viennent celles sur gélatine, et en 3e celles en bouillon. En présence d'eau, le poison tétanique est détruit par 1 heure de chauffage à 55° ; à l'état de dessiccation complète, il résiste à 1 heure de chauffage à 120°.

Le chauffage à 150° C. le détruit complètement. La chaleur solaire directe le détruit en présence d'eau dans un laps de 8 à 15 heures; à l'état sec, ou mêlé avec du chloroforme, de la benzine ou de l'alcool amylique, il résiste plus de 100 heures à l'action du soleil. Il est détruit par les substances suivantes : permanganate de potasse (solution à 5 0/0 en 48 heures), acide phosphotungstique (saturé, en 24 heures), eau de chaux (saturée, en 24 heures), éther avec eau (en 4 jours), aseptol (solution concentrée, en 24 heures), lysol (idem), acides chlorhydrique (0,25 0/0 en 24 heures), butyrique (25 0/0 en 24 heures), phosphorique (idem), oxalique (4 0/0 en 24 heures), propionique (idem), tartrique (1 0/0 en 24 heures). Il est réfractaire à l'action des substances suivantes: tartre stibié (5 0/0 pendant 24 heures), acétate de plomb (solution saturée durant 4 jours), chloroforme (4 jours), acide acétique (25 0/0 pendant 24 heures), hydrogène sulfuré, oxygène, acide carbonique, oxyde de carbone, hydrogène appliqués pendant 10 à 15 heures. Le suc gastrique détruit le poison tétanique uniquement grâce à son acide chlorhydrique. La pepsine, la ptyaline, la diastase, l'émulsine n'ont aucun effet sur lui; pour la trypsine et le suc pancréatique, la question n'est pas encore résolue. Le poison tétanique ne paraît pas influencé par les microorganismes : bacilles prodigieux, subtil, pyocyanique, megatherium, radiculaire, protée vulgaire, aspergillus niger, penicillium glaucum. Chez le cobaye et le chat vivants, l'intestin le détruit énergiquement, mais après la mort il n'en est plus ainsi. L'intestin de la poule ne le détruit pas. L'action destructrice de l'intestin ne tient ni à des microbes, ni à des ferments, ni à la bile, ni aux sucs glandulaires, mais seulement au travail de l'épithélium. L'urine ne détruit pas le poison tétanique. Il est insoluble dans le chloroforme, l'éther, l'alcool amylique, la benzine, l'alcool absolu et les dissolvants habituels des alcaloïdes; il est soluble dans l'eau rendue alcaline ou acide. Le bacille tétanique ne se multiplie point sur les sols nourriciers ne contenant pas de l'albumine ou quelque autre substance alcaloïde. Dans la dialyse, le poison tétanique se comporte comme l'albumine et la peptone. J. B.

Essais de vaccinations antirabiques avec le virus atténué par la chaleur, par E. PUTCARIN et M. VERESCO (*Annales de l'Institut Pasteur*, *p. 210*, *25 avril 1895*).

Les émulsions de virus fixe chauffées à 80° sont impuissantes à vacciner sûrement les chiens contre la rage, mais en raison de leurs bons effets elles ont été introduites comme adjuvant dans le traitement Pasteur à l'institut de Jassy. Il est possible de préserver de la rage des chiens infectés par le virus des rues, en leur injectant les émulsions chauffées d'une moelle rabique. PAUL TISSIER.

Influence du froid sur le bacille cholérique de Koch et sur les vibrions analogues de Finkler-Prior, de Miller, de Deneke et de Metschnikoff, par M.-W. KASANSKY (*Centralbl. f. Bakt.*, *XVII*, *5 et 6*, *p. 184*).

Toutes les variétés de kommabacilles peuvent supporter des températures très basses (— 30° C. et — 31°, 8 C.).

Une culture du bacille cholérique de Koch reste vivante, même après

être restée congelée pendant 20 jours. Ces cultures ne sont pas tuées par des alternatives de congélation et de dégel répétées 5, 8 et même 12 fois. Elles peuvent supporter impunément pendant 4 mois les grands froids de l'hiver (la température minima étant tombée jusqu'à 31°, 8 C.).

Les autres variétés de kommabacilles survivent pendant plusieurs jours à la congélation et au moins à 3 ou 4 alternatives de congélation et de dégel. Ils ont supporté l'exposition au froid de l'hiver de la façon suivante : le vibrion de Deneke 42 jours, celui de Miller 71 jours, celui de Metschnikoff 78 jours et celui de Finkler-Prior 114 jours. H. BOURGES.

Recherches sur la persistance des vibrions cholériques dans les matières fécales, par Rudolf ABEL et Richard CLAUSSEN (*Centralbl. für Bakteriologie*, *XVII*, *2 et 3*, *p. 26*, *et 4*, *p. 118*).

Les examens bactériologiques des matières fécales dans 31 cas de choléra ont montré que les vibrions cholériques disparaissent des fèces généralement dans les 20 premiers jours; il est rare qu'ils conservent leur vitalité jusqu'au 30e jour. Leur survie observée pendant 52 jours et même pendant 4 mois, observée par Karlinski et Dunbar, est tout à fait exceptionnelle.

Dans plusieurs cas les vibrions du choléra n'ont pas été retrouvés dans les matières après un temps variant de 1 à 3 jours. Il résulte de cette observation qu'il est important de faire l'examen bactériologique des selles le plus tôt possible après leur expulsion.

Très souvent des tubes d'eau peptonée ensemencés avec de petites quantités de matières ne donnent pas de culture de vibrions cholériques alors qu'on en obtient encore en plaçant pendant 20 heures à l'étuve 10 à 20 centimètres cubes des mêmes matières fécales dans 5 à 10 fois leur volume d'eau peptonée, et en poursuivant ensuite l'isolement des vibrions cholériques suivant la méthode habituelle. Ce procédé de recherches paraît donc devoir être adopté de préférence.

Les auteurs signalent, dans une note, l'observation suivante, qui présente le plus haut intérêt : Pendant l'automne de 1894, 7 cas de choléra éclatèrent à peu près en même temps à Welhau (Prusse orientale). On isola tous les membres des familles des cholériques et on fit à peu près chaque jour un examen bactériologique de leurs matières fécales.

Parmi les gens isolés, 17 personnes, parentes de 3 des malades qui moururent du choléra, restèrent en bonne santé ou eurent tout à fait passagèrement un peu de diarrhée; 13 d'entre elles présentaient des vibrions cholériques dans leurs matières fécales, mais d'une façon intermittente, de telle sorte que si on s'était contenté d'un examen négatif de leurs selles pour cesser de les isoler, les sujets auraient pu disséminer au dehors les germes de la maladie. H. BOURGES.

Persistance du vibrion cholérique, par Justyn KARLINSKI (*Centralbl. f. Bakter.*, *XVII*, *5 et 6*, *p. 177*).

Au moyen de l'eau peptonée on peut encore retrouver des vibrions spécifiques dans des déjections cholériques après 7 semaines, sans qu'ils aient perdu leur virulence.

Des vêtements souillés par des matières fécales de cholériques peuvent

devenir des sources d'infection, même après 7 mois, pourvu qu'ils aient été conservés dans une atmosphère humide. H. BOURGES.

I. — Beitrag zur Kenntniss der im Flusswasser vorkommenden Vibrionenarten, par E. WERNICKE (*Arch. f. Hyg., XXI, et Hyg. Rundsch., V, n° 5, p. 202, 1er mars 1895*).

II. — Ueber Linksmilchsäure bildende Vibrionen, par B. GOSIO (*Ibidem, n° 4, p. 154, 15 février 1895*).

III. — Zersetzungen zuckerhaltigen Nährmateriales durch den Vibrio cholerae asiaticae Koch, par B. GOSIO (*Arch. f. Hyg., XXII*).

— Vergleichende Studien über die Zersetzung des Hühnereiweisses durch Vibrionen, par A-W. GRIGORIEW (*Arch. f. Hyg., XXI, et Hyg. Rundschau, n° 5, p. 202, 1er mars 1895*).

— Ueber Schwefelwasserstoffbildung des Choleravibrio im Hühnerei, par W. KEMPNER (*Ibidem, n° 7, p. 308, 1er avril 1895*).

VI. — Verhalten der Cholerabacillen in aeroben und anaeroben Kulturen, par D. HELLIN (*Ibidem*).

VII. — Ueber den Eiufluss der Alkalescenz des Nährbodens auf das Wachsthum der Bakterien, par W. HESSE (*Zeitschr. f. Hyg. und Infek., XV, et Hyg Rundsch., V, n° 7, p. 309*).

VIII. — Zur Biologie der Cholerabacillen, par H. LEO et R. SONDERMANN (*Zeits. f. Hyg. und Infekt., XVI*).

IX. — Untersuchungen über die Infektiosität des Choleravibrio und über sein Verhaeltniss zum Vibrio Metschnikowii, par E. WEIBEL (*Arch. f. Hyg., XXI, et Hyg. Rundsch., V, n° 1, p. 21, 1er janvier 1895*).

X. — Ueber das Vorkommen des Vibrio Metschnikovi (Gamaleia) in einem öffentlichen Wasserlauf, par PFUHL (*Zeitschrf. f. Hyg. und Infektionskr., XVII, et ibidem, IV, n° 21, p. 974, 1er novembre 1894*).

XI. — Studien über den Cholera vibrio, par Theodor RUMPEL (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 73, 28 janvier 1895*).

XII. — Kritische Bemerkungen zu Th. Rumpel's Studien....., par R. PFEIFFER (*Ibidem, n° 12, p. 261, 25 mars 1895*).

I. — Dans un échantillon d'eau de l'Elbe recueillie à Wittemberg où régnait alors le choléra, Wernicke a pu isoler 2 vibrions en imposant à première vue pour le vibrion de Koch. Le vibrion de l'Elbe n° 1 s'en distingue toutefois par les caractères suivants : en préparations coloriées, ses dimensions sont presque doubles ; sa réaction du rouge cholérique est 4 fois moins accusée ; sur plaques de gélatine, ses colonies ont une configuration différente ; sa virulence pour les cobayes est très faible. Le vibrion de l'Elbe n° 2 est beaucoup plus petit que le bacille de Koch, il donne une bonne réaction rouge, a des colonies autrement disposées sur la gélatine, et se montre extrêmement virulent chez les lapins, les pigeons, les cobayes, les souris grises et blanches. Enfin Wernicke a trouvé dans l'eau de l'Havel un 3e vibrion ne donnant pas la réaction rouge, offrant, sur les divers sols nourriciers, une grande tendance à fournir des formes

d'involution et ne se montrant pathogène ni pour les cobayes, ni pour les pigeons, ni pour les lapins, ni pour les souris.

II. — Gosio a fait porter ses recherches sur 5 vibrions aquatiques et 3 vibrions cholériques provenant de malades; il les plaçait dans une solution de peptone additionnée de glucose et laissait leurs cultures exposées de 2 à 4 semaines à une température comprise entre 30 et 38. C'est le vibrion de l'Elbe n° 2 de Wernicke qui a décomposé le plus de sucre (80,04 sur 150 grammes), produisant 9gr,75 d'acide lactique libre; au contraire le vibrion extrait par Wernicke de l'Havel a le moins décomposé de sucre (28gr,14) et produit seulement 1gr,28 d'acide lactique libre. Il est de règle que la production d'acide lactique soit en raison directe de la quantité de sucre décomposée. Les races virulentes fournissent en général de plus grandes quantités d'acide lactique ; c'est toujours de l'acide sinistrogyre. En outre, il y a toujours formation d'alcool, bien que souvent il n'en existe que des traces. Gosio est d'avis que ces résultats l'autorisent à admettre une proche parenté, sinon même une identité entre les vibrions qu'il a examinés (vibrion danubien de Dunbar, et les 3 de Wernicke) et le vibrion découvert par Koch dans le choléra asiatique.

III. — Au bout de 37 jours, le vibrion cholérique de Koch avait formé 15gr,42 de lactate de zinc pour 63gr,6 de sucre décomposé (0,24 pour 1). Durant les 4 semaines que se sont prolongées les expériences, il y a toujours eu formation d'acide lactique, abondante pendant les 2 premières et peu considérable dans les 2 dernières. La décomposition du sucre et cette production d'acide offrent un parallélisme exact. Dès la 1re semaine, apparaissent des acides acétique et butyrique qui augmentent lentement de quantité; au bout de 37 jours, la proportion de ces acides volatils, calculée en H^2SO^4, était de 1gr,52 pour 63gr,6 de sucre décomposé. Il y a donc aussi parallélisme entre le dégagement d'acides volatils et la décomposition de sucre. La température de l'étuve se montre la plus favorable à la production d'acides. Plus la liqueur nutritive est sucrée, plus il y a de sucre décomposé et d'acides formés, tandis que c'est l'inverse qu'on observe, suivant que la liqueur nourricière est plus ou moins riche en peptone. Les cultures de peptone sucrée forment aussi de l'alcool; le maximum au bout de 21 jours dans 250 centimètres cubes distillés était de 3gr,075; l'évaporation avait entraîné naturellement le reste. Le vibrion cholérique produit également de l'aldéhyde et de l'acétone, et à peine des traces d'acide carbonique.

C'est le sucre de raisin qui est le plus énergiquement décomposé par le vibrion de Koch et fournit la plus forte dose d'acide lactique; viennent ensuite en ordre décroissant, le sucre de canne, la maltose et enfin la lactose, qui est détruite en petite quantité, sans trace appréciable d'acide lactique. C'est toujours de l'acide lactique sinistrogyre qui est formé. La production d'indol est d'autant plus grande qu'il y a moins de sucre de canne décomposé; quand la décomposition de ce sucre est abondante, l'indol fait entièrement défaut. Dans les solutions nourricières sucrées mais exemptes d'albumine (acide asparagique) l'énergie de la décomposition et les proportions relatives de sucre décomposé, d'une part, d'acide lactique et d'acides volatils formés, d'autre part, sont sensible-

ment les mêmes que lorsque la liqueur nutritive contient de la peptone et c'est encore de l'acide sinistrogyre qu'on recueille.

Les vibrions de Koch, de Dunbar, de Metchnikoff, de l'Elbe nº 1, de Massaouah, de Finkler et de Prior, possèdent à peu près au même degré le pouvoir de décomposer le sucre.

IV. — Grigoriew a cultivé dans des œufs les vibrions de Metchnikoff, de Finkler et de Prior et de Deneke, et aquatile de Günther. L'injection dans la cavité abdominale de cobayes de l'albumine (1/2 à 5 centimètres cubes) des œufs infectés n'a donné de phénomènes toxiques très accentués que pour les cultures du vibrion cholérique et de celui de Metchnikoff. C'est le vibrion de Finkler et de Prior qui s'est montré le moins toxique. D'autre part, la toxicité des vibrions de Koch et de Metchnikoff cultivés dans les œufs était plus considérable que celle des mêmes espèces cultivées dans d'autres milieux ; 5 centimètres cubes d'albumine tuaient les animaux en 5 à 8 heures ; 1/2 ou 1 centimètre cube, en 25 à 30 heures. A l'autopsie, les lésions étaient beaucoup plus sérieuses qu'après inoculation avec des cultures sur agar. Les vibrions abondaient d'autant plus dans les organes abdominaux, dans l'exsudat péritonéal et dans le contenu de l'intestin que la mort était survenue plus tardivement. Seuls les extraits aqueux de précipités alcooliques de l'albumine des vibrions de Koch et de Metchnikoff ont révélé, surtout le deuxième, des propriétés toxiques très nettes et ont permis d'obtenir des toxines. Grigoriew conclut que les vibrions de Metchnikoff, de Koch, de Finkler et de Prior, laissent dégager des subtances d'effet manifestement semblable, tandis que les vibrions de Deneke et aquatile de Günther ne fournissent que très peu de produits toxiques. En infectant successivement des œufs, d'abord avec le bacille banal du côlon, puis 2 ou 3 semaines plus tard avec le bacille cholérique, il a obtenu les mêmes résultats qu'en inoculant uniquement les œufs avec le bacille de Koch.

V. — Contrairement à R. Pfeiffer et d'accord avec Hueppe, Scholl et autres, Kempner a reconnu que les œufs infectés avec des bacilles cholériques dégagent de l'hydrogène sulfuré ; en effet, malgré la diffusion continue de ce gaz à travers la coquille, on en trouve encore à l'intérieur de l'œuf à la fin des cultures. De plus, les œufs sont un milieu très propre à la culture du bacille cholérique qui y conserve sa virulence 1 mois ou deux.

VI. — Les bacilles cholériques ne forment d'alcalis que quand l'oxygène a libre accès ; en cultures anaérobies, ce sont des producteurs d'acides. La formation d'alcalis correspond à une oxydation, celle d'acides à une réduction. Dans l'intestin, par conséquent, les bacilles du choléra doivent former des acides et être des agents réducteurs. Conformément à ce qu'a dit Emmerich, les bacilles cholériques produisent dans leurs cultures (surtout fraîches) de l'acide nitreux.

VII. — Hesse dose les produits gazeux du développement des microbes pour apprécier les qualités de leurs cultures. Il relève spécialement l'influence de l'alcalinité du sol nourricier sur la croissance du bacille cholérique : Les conditions de ces cultures sont d'autant plus favorables que le dégagement d'acide carbonique et l'absorption d'oxygène sont plus considérables. Le maximum des échanges gazeux coïncide avec l'alcali-

nité la plus favorable, qui est réalisée en ajoutant un dixième ou deux dixièmes de centimètre cube de la liqueur sodique normale par 25 centimètres cubes d'agar nourricière. Sur l'agar à réaction légèrement acide, le bacille de Koch ne croît pas et meurt bientôt, tandis qu'il se développe, chétivement, il est vrai, dans un sol composé de 25 centimètres cubes d'agar et de 3 centimètres cubes de liqueur sodique normale ; sa faculté de résistance envers les alcalis est donc très grande.

VIII. — Leo et Sondermann étudient l'influence de la bile, de l'urée et du borax sur la croissance des bacilles cholériques. Sur les plaques de gélatine additionnées jusqu'à 50 0/0 de bile de bœuf, le développement est nettement activé et les colonies sont plus vastes. Quand le sol nourricier contient de 75 à 80 0/0 de bile ou qu'on place les bacilles cholériques dans de la bile pure, ils subissent un arrêt de croissance mais ne sont pas tués. Ce résultat, en contradiction avec celui de Leubuscher (*Zeits. f. klin. Med.*, *XVII*) que le bacille cholérique se développe parfaitement dans la bile non diluée, tient à ce que cet observateur introduisait dans une petite quantité de bile (1 centimètre cube) de nombreux bacilles, tandis qu'au contraire Leo et Sondermann ont ensemencé une quantité décuple de bile avec une minime quantité de bacilles. L'urée, déjà à la proportion de 1,45 0/0 arrête le développement du bacille cholérique sur gélatine ; à 5 ou 10 0/0, elle le tue. Le borax aussi arrête la croissance du bacille de Koch à la dose de 1/1000 et le tue à partir de 0,5 0/0 ; aussi Leo et Sondermann préconisent-ils son emploi à titre prophylactique.

IX. — Weibel est induit par ses expériences à penser qu'on doit renoncer à considérer les vibrions de Metchnikoff et de Koch comme appartenant à 2 espèces différentes ; en effet, contrairement à ce qu'a vu R. Pfeiffer, 6 pigeons sur 7 ont été rendus réfractaires au vibrion de Metchnikoff après avoir été vaccinés avec le bacille cholérique.

X. — A la fin d'août 1893, Pfuhl a isolé de l'eau du port-nord de Berlin, en un endroit où 2 cas de choléra étaient survenus à bord d'un bateau, un vibrion donnant la réaction de l'indol, mais offrant avec le bacille de Koch certaines différences tant sous le rapport des cultures que des propriétés pathogènes. Sur plaques de gélatine, ses colonies sont absolument semblables à celles du vibrion de Metchnikoff et chez les animaux elles provoquent tout à fait les mêmes symptômes et lésions. Pfuhl en conclut que son vibrion est identique à celui que Gamaleia a isolé à Odessa dans la gastro-entérite des oiseaux, qui porte le nom de Metchnikoff et qui jusqu'ici n'avait pas été signalé ailleurs ; il peut donc avoir comme habitat les cours d'eau de même que d'autres bacilles en virgule pathogènes et il y a donc lieu d'en tenir compte dans le diagnostic du choléra.

XI. — Pour différencier les espèces bacillaires ressemblant au bacille cholérique, R. Pfeiffer indique les trois moyens suivants : 1° Les vibrions ressemblant à celui de Koch sont extrêmement pathogènes pour les pigeons qui sont à peu près absolument réfractaires au bacille du choléra ; 2° Il est impossible de conférer l'immunité contre les vibrions cholériformes à l'aide du bacille cholérique ; 3° Les espèces cholériformes sont phosphorescentes, ce qui n'est point le cas pour le bacille de Koch. Le

travail de Rumpel a pour but de prouver l'inanité de ces trois caractères différentiels. En effet ses expériences lui ont montré que dans certaines conditions le bacille cholérique est virulent pour les pigeons, que l'immunite conférée à un animal contre un bacille cholérique de provenance déterminée ne le protège pas toujours contre l'infection par un bacille cholérique d'autre provenance, enfin que le phénomène de la phosphorescence peut s'observer sur des bacilles de vrai choléra.

XII. — Pfeiffer s'attache à réfuter les critiques de Rumpel. D'abord il n'a jamais prétendu comme Hueppe, Salus et Rumpel semblent le dire, que les pigeons fussent absolument réfractaires à l'action du bacille cholérique ; il a même cité des expériences qui démontreraient le contraire ; mais il n'en persiste pas moins à soutenir que le bacille de Koch n'est pas infectieux pour les pigeons, car il n'agit sur eux qu'en raison de sa masse, au même titre que l'inoffensif bacille du foin. De plus, Pfeiffer n'a pas réclamé pour toutes les espèces cholériformes, le caractère infectieux si net, qu'il a reconnu chez le vibrion de Metchnikoff. Après avoir eu entre les mains des cultures authentiques des mêmes bacilles cholériques que Rumpel, il nie qu'ils soient phosphorescents et affirme qu'ils assurent réciproquement l'immunité l'un à l'égard de l'autre. Pfeiffer n'a jamais dit non plus que toutes les races cholériformes de microbes fussent phosphorescentes. Quant aux cultures cholériques phosphorescentes de Rumpel, Pfeiffer, après examen, les a trouvées complétement différentes des cultures authentiques des mêmes cas qu'il avait reçues d'autre part ; pour lui ce sont des cultures de vibrions de l'Elbe. J. B.

Ueber Beziehungen zwischen Kuhmilch und dem Cholerabacillus, par W. HESSE (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund, XXVI, p. 652*).

Le lait de vache crû et frais constitue un milieu défavorable au bacille cholérique qui ne tarde pas à y succomber dans l'espace de 12 heures à la température de 15 à 20° centigrades. Le résultat reste le même, quel que soit l'âge des bacilles cholériques, quel que soit le terrain sur lequel ils ont été cultivés et alors même que des parcelles de ce terrain ont été introduites dans le lait, en même temps que les bacilles; ce sont les cultures sur agar qui résistent le plus longtemps.

Le travail microbicide du lait est indépendant de son degré d'acidité, de ses germes et de leurs produits de nutrition; on doit le considérer comme une manifestation vitale du lait vivant, laquelle s'éteint instantadément quand on porte le lait à la température de 100° centigrades.

Le lait exposé au moins 3 heures à un courant de vapeur n'est pas non plus un milieu convenant au bacille cholérique, ce qui doit s'expliquer par l'augmentation d'acidité du lait. En revanche, du lait qui n'a été exposé qu'une heure et demie au plus à un courant de vapeur constitue, pour un temps, un milieu favorable au bacille cholérique.

Hesse conclut qu'il y a peu de chances que le lait crû transmette le choléra; il conseille donc : 1° de ne pas chauffer sans nécessité le lait de vache; 2° de protéger spécialement le lait chauffé contre l'envahissement des microorganismes pathogènes; 3° de rechauffer avant de le consommer le lait déjà chauffé et suspect de renfermer des bacilles cholériques ; 4° de prendre les mesures propres à empêcher le plus possible l'altération

du lait cru, en le refroidissant immédiatement après la traite et en le maintenant au frais. J. B.

Contribution à l'étude des toxines du choléra, par WESBROOK et J. Lucas WALKER (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 5, mai 1895*).

Les substances, retirées de cultures du vibrion cholérique dans divers milieux, n'ont pas la même constitution chimique, autant que les auteurs ont pu en juger par les méthodes usuelles; il y a pourtant une certaine uniformité dans leurs effets physiologiques. Ainsi on retire : De cultures sur l'alcali-albumine : une deutéro-albumose, des traces de proto-albumose, des quantités variables d'une matière protéique (probablement de l'alcali-albumine). De cultures sur l'œuf : un mélange de matières protéiques impossibles à séparer. De l'exsudat péritonéal : une substance qui, tout en donnant une légère réaction xanthoprotéique, ne contenait en apparence ni deutéro-albumose ni proto-albumose. Des cultures sur l'asparaginate de sodium : une substance qui donnerait une légère réaction xanthoprotéique, mais pas celle du biuret.

Ces substances semblent différentes dans leur nature chimique et se ressemblent dans leur action physiologique. Elles produisent toutes des effets mortels, ou, à petites doses, elles donnent une immunité marquée vis-à-vis des cultures vivantes. PAUL TISSIER.

Experimentelle Beitrag zur Frage der Mischinfection bei Cholera asiatica, par E. LEVY et THOMAS (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXXV, p. 109*).

Le choléra expérimental que l'on détermine avec les cultures du bacille de Massaouah est favorisé par le bacille proteus et ses toxines. Cette action favorisante des bactéries de la putréfaction entre-t-elle en cause dans le choléra humain, il serait osé de le conclure, mais ce n'est pas impossible. PAUL TISSIER.

Les vibrions intestinaux et la pathogénie du choléra, par J. SANARELLI (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 3, p. 129, 25 mars 1895*).

A côté des vibrions hydriques, il faut placer d'autres vibrions des intestins des animaux. Tous ces vibrions sont des vibrions cholériques, et ceux des eaux ne sont ni des survivants des anciennes épidémies, ni des saprophytes vulgaires, ils proviennent sans doute des intestins des animaux et peut-être de l'homme lui-même. La méthode proposée par Pfeiffer et Issaef pour distinguer des pseudo-vibrions cholériques les vibrions cholériques authentiques, conduit à des conclusions paradoxales et n'est pas d'accord avec les faits. Tout au plus peut-on conclure, des essais auxquels elle a donné lieu, qui dans l'espèce vibrion cholérique, il y a des variétés pouvant fournir des substances toxiques et vaccinantes d'activités différentes. Relativement à l'action de ces vibrions dans l'organisme, il faut d'abord refuser le caractère d'une infection générale à l'affection péritonéale ordinaire des cobayes, c'est une péritonite sans caractère spécifique. L'interprétation est la même pour le processus morbide qui se développe dans le tube intestinal. Ici encore les vibrions ne détermineraient ni une infection ni une intoxication générale ; ils détruiraient seule-

ment l'épithélium intestinal, rendant transsudantes, les parois absorbantes. La cause de la mort par le choléra intestinal ne doit donc pas être recherchée dans un empoisonnement du sang. Les toxines cholériques, même celles des vibrions les plus actifs ne sont pas absorbées dans l'intestin quand l'épithélium est intact, il n'y a plus d'absorption quand l'épithélium est tombé. Comme l'a montré Metchnikoff, on ne peut obtenir l'immunité contre l'entérite cholérique ni en faisant acquérir au sérum des propriétés préventives, ni en administrant par l'estomac des vibrions vivants. Il faut d'abord déterminer une entérite bénigne qui, une fois guérie, peut protéger contre une entérite mortelle. Cette accoutumance intestinale peut être réalisée au moyen des toxines. Comme le choléra humain n'est au fond qu'une entérite toxique, on peut prévoir la possibilité d'une méthode prophylactique basée sur l'accoutumance intestinale aux poisons cholériques. PAUL TISSIER.

Recherches bactériologiques sur les déjections dans la fièvre typhoïde, par A. VATHELET (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 5, p. 252, avril 1895*).

Sur 12 malades typhiques examinés tous les deux ou trois jours au point de vue de leurs selles (600 colonies), l'auteur n'a rencontré que 10 fois le bacillus typhosus; plusieurs malades ne l'ont pas donné une fois. Si l'intestin renferme rarement le bacille typhosus, ce n'est pas tout à fait exceptionnellement que la rate renferme le bacille coli.

Le bacille typhosus ensemencé en même temps que le bacille coli sur un même tube, ne pousse pas. Le bacille coli pousse bien sur le bouillon filtré d'une culture de typhosus ; dans un bouillon de culture du bacille coli, non seulement le bacille de Gaffky ne prolifère pas, mais il meurt rapidement. P. TISSIER.

I. — Beitrag zur Untersuchung zwischen Typhusbacillus und Bacterium coli commune, par L. MUELLER (*Karlsruhe, 1894, et Hyg. Rundsch., V, n° 5, p. 204, 1er mars 1895*).

II. — Nouveau moyen de diagnostic entre le bacille d'Eberth et le bacille banal du côlon, par F. INGHILLERI (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesund., XXVI, 650*).

I.—Habituellement, d'après Müller, l'accroissement beaucoup plus luxuriant et plus manifeste du bacille colique sur presque tous les sols nourriciers suffit pour éviter de le confondre avec le bacille d'Eberth. Sur pommes de terre, le bacille du côlon se distingue par une odeur désagréable tout à fait spéciale. De plus, le bacille typhoïdique sur pommes de terre reste incolore ou devient seulement ambré après des semaines, tandis que le bacille d'Escherich, cultivé sur le même sol, est déjà jaune brun au bout de quelques jours et se fonce de plus en plus. La culture des deux microbes dans le lait et dans la gélatine glucosée offre d'autres caractères différentiels constants. D'autre part, il est aussi entre eux des particularités morphologiques caractéristiques. Le bacille typhoïdique est toujours environné de cils longs et flexueux, au nombre de 8 à 14, tandis que celui du côlon ne présente que de 4 à 6 cils courts et beaucoup moins ondulés. Dans la règle, le bacille d'Eberth est un peu plus grêle et plus aminci à ses pôles qui sont nettement convexes, tandis que celui

d'Escherich est plus trapu, plus gros, aussi épais à ses extrémités qu'en son milieu et s'y termine abruptement. Quand tous ces signes distinctifs font défaut, on utilisera avec profit la culture sur pommes de terre légèrement acides. Il se peut que l'examen de ces cultures à l'œil nu n'offre rien de net, mais alors l'examen microscopique de la surface de la pomme de terre fournira un moyen facile, rapide et sûr de distinguer les deux microbes. Tandis que le bacille d'Eberth coloré par le procédé de Ziehl, le bleu de méthylène ou le violet de gentiane présente souvent, déjà 24 heures après la piqûre et régulièrement au bout de 3 à 6 jours, une abondante formation granuleuse au niveau de ses pôles (par amas arrondis et très colorés de protoplasma à ses extrémités en même temps que sa portion moyenne est incolore ou à peine teinte), on n'observe jamais semblable phénomène sur le bacille d'Escherich qui peut offrir cependant une formation irrégulière de lacunes sans places plus colorées que d'autres. Ces granules polaires se voient aussi, mais moins nombreux, quand on cultive le bacille d'Eberth sur de l'agar neutre ou faiblement acide (citron).

II. — Inghilleri signale, dans l'emploi des sols nourriciers contenant de l'amygdaline, nn nouveau moyen de différencier les bacilles d'Eberth et d'Escherich. La réaction du bacille colique cultivé dans du bouillon additionné d'amygdaline est acide et laisse percevoir au bout de 36 heures l'odeur de l'essence d'amandes amères; la réaction du bacille typhoïdique dans les mêmes circonstances est alcaline. Cette différence tient à ce que le bacille colique, comme l'émulsine, décompose la glycosine en sucre de raisin, acide prussique et aldéhyde benzoïque et que le sucre de raisin se transforme en acide carbonique et acide lactique. Au point de vue toxicologique, cette réaction est intéressante, parce qu'elle explique les empoisonnements par l'amygdaline; ceux-ci sont dûs à ce que le bacille du côlon dégage de l'acide prussique de l'amygdaline. J. B.

Sur l'équivalence biologique des produits du b. coli et du b. typhique, par A.-C. DEMEL et E. ORLANDI (*Arch. ital. de biol.*, *XX*, *p. 219*, *et Arch. per le sc. med.*, *XVII*, *1893*).

Rodet et Roux ont supposé que ces deux microrganismes ne représentaient que deux variétés d'une même espèce. Les différences sont relatives à diverses conditions : le *B. coli* est plus court et plus gros, il se développe plus rapidement dans les bouillons, il fait fermenter rapidement la glucose et la lactose; il produit de l'indol. Le long séjour dans l'eau, la présence des bactéries communes, n'ont aucune influence sur les propriétés culturales ou morphologiques. Le *B. coli* est plus constamment et plus fortement virulent que celui du typhus; quand un animal est réceptif ou réfractaire pour un de ces microorganismes, il l'est pour l'autre. Le lapin, le cobaye, le rat blanc sont réceptifs : le pigeon est réfractaire. Le cheval l'est aussi, ou au moins très résistant. Les chiens sont très résistants aussi. Les auteurs ont conféré l'immunité aux lapins et aux cobayes. La réciprocité des immunités ne s'étend pas aux autres bacilles (proteus vulgaris, prodigiosus, vibrion cholérique) pour lesquels Klein a prétendu que le poison bactéricide intra-cellulaire était identique. Les animaux rendus réfractaires par l'un des deux bacilles donnent un sérum

préventif et thérapeutique pour celui-ci et pour l'autre (serothérapie homologue et réciproque.) L'efficacité est indépendante du lieu de l'injection. En résumé, le *B. coli* et le *B.* du typhus ne peuvent être identifiés absolument dans leurs propriétés morphologiques et culturales ; ils manifestent d'étroites affinités dans les propriétés de leurs produits relativement à l'immunité et à la serothérapie. Les deux bacilles sont biologiquement équivalents. DASTRE.

Sur l'étiologie de la dysenterie, par A. CELLI et R. FIOCCA (*Centralbl. f. Bakter., XVII, 9 et 10, p. 309*).

Les auteurs se sont attachés à démontrer que les amibes ne peuvent pas être la cause de la dysenterie. Ils attirent l'attention sur la présence dans les matières dysentériques d'une variété de bacterium coli commune (bacterium coli dysenteriæ) qui donne une toxine capable de produire expérimentalement les lésions de la dysenterie avec leur localisation spéciale, qu'on fasse pénétrer le poison par la bouche, par le rectum ou par inoculation sous-cutanée. H. BOURGES.

Effets physiologiques déterminés par les produits solubles du « pneumobacillus liquefaciens bovis », par L. GUINARD et J. ARTAUD (*Soc. de biologie, 16 mars 1894*).

Le microbe de la péri-pneumonie du grand bétail, sécrète une toxine active, déjà étudiée par Arloing et qui se trouve dans la *pneumo-bacilline*, préparée d'après les mêmes principes que la tuberculine et la malléine. La pneumo-bacilline détermine, après injection veineuse, des modifications fonctionnelles graves qui se montrent en deux phases différentes séparées par une période silencieuse ou latente. Les effets immédiats peuvent être mortels pour certains animaux, ou avec une dose très forte. Ils produisent une accoutumance rapide. Le chien, immunisé naturellement au microbe, est sensible à la toxine. DASTRE.

Ueber die Hemmung der Milzbrandinfektion durch Friedländer'sche Bacterien im Kaninchenorganismus, par VON DUNGERN (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infect., XVIII, et Hyg. Rundsch., IV, n° 23. p. 1074*).

Von Dungern étudie le mécanisme de la jugulation de l'infection charbonneuse par l'érysipélocoque, le micrococque prodigieux, le bacille pyocyanique et le pneumocoque de Friedländer. Le microbe jugulateur lèse-t-il le bacille charbonneux ou se borne-t-il à provoquer une réaction des cellules de l'organisme? Blagovestchensky (*R. S. M.*, XXXVII, 463) a constaté que les produits gazeux de la nutrition du bacille pyocyanique empêchent directement le développement du bacille charbonneux, mais von Dungern n'a rien pu voir de semblable pour le microbe de Friedländer. En revanche, il a trouvé que le pneumocoque de Fredländer, vivant ou mort, a pour effet d'empêcher la généralisation de l'infection charbonneuse ; les bacilles charbonneux sont captés par les phagocytes qui les détruisent. J. B.

Contribution à l'étude de la variabilité et du transformisme en microbiologie, à propos d'une nouvelle variété de bacille charbonneux (bacillus anthracis claviformis), par CHAUVEAU et PHISALIX (*C. R. Académie des Sciences, 16 avril 1895*).

Jusqu'à présent les variétés de bacillus anthracis obtenues dans des conditions expérimentales ne présentaient que des modifications de leur virulence, mais avaient conservé, au point de vue morphologique, les caractères de l'espèce. En recherchant ces bacilles atténués dans les ganglions lymphatiques voisins du point inoculé, Chauveau et Phisalix ont obtenu une forme réellement nouvelle, c'est-à-dire, au lieu des longs filaments ordinaires, des bacilles courts, à extrémités coniques (forme en clou ou en battant de cloche). Ce bacille a non seulement perdu ses propriétés virulentes, mais encore, en partie, ses aptitudes vaccinales. Ces faits mettent plus de distance entre la nouvelle race et les vaccins charbonneux dont elle dérive qu'il n'en existe entre ceux-ci et le bacille le plus virulent. Si maintenant on considère que ces caractères physiologiques coïncident avec une variation particulière de la forme et même des caractères évolutifs, et que de plus, il a été impossible de restituer à la nouvelle race la forme, l'aptitude immunisante et la virulence primitives, on se sent autorisé à voir dans cette nouvelle race autre chose qu'une simple manifestation d'un polymorphisme banal ; on est amené à penser qu'on est sur le chemin d'une véritable transformation spécifique.

M. DUVAL.

I. — Ueber das Verhalten des Milzbrandbacillus in der unsterilisirten Milch, par F. INGHILLERI (*Deutsche Viertelj. f. öffentl. Gesund., XXVI, p. 663*).

II. — Lebensdauer des Milzbrandbacillus in Boden, im Trink-und Meerwasser und in den Abfällwässern, par S. SIRENA et G. SCAGLIOSI (*Ibid., p. 670*).

I. — Le bacille du charbon est peu résistant dans un milieu où il se trouve en lutte avec d'autres microorganismes capables de transformer les hydrates de carbone en acides. C'est précisément à cette cause que tiennent l'affaiblissement de sa faculté de développement et de sa virulence et la mort qui en est la conséquence, lorsqu'on cultive ce bacille dans du lait non stérilisé. Ses spores peuvent vivre dans du lait très acide, mais elles ne peuvent pas s'y développer, tout en récupérant leur virulence entière, quand on les place dans des conditions plus favorables.

II. — Les spores charbonneuses conservent leur virulence 1 an 8 mois et 16 jours dans l'eau stérilisée ou distillée qu'on agite ; 2 ans 9 mois et quelques jours dans la terre, qu'elle soit humide, parfaitement sèche ou recouverte d'eau ; 1 an 7 mois et quelques jours dans l'eau de mer ; 1 an 5 mois et quelques jours dans l'eau potable agitée et dans l'eau de mer stérilisée ; 1 an 3 mois et 25 jours dans les eaux d'égout, et plus de 2 ans dans du lait putréfié d'une boîte de conserve.

J. B.

An experimental investigation into the causation of cancer, par D'ARCY POWER (*Brit. med. Journ.*, *p. 636*, *22 septembre 1894*).

Relation d'expériences assez ingénieuses sur la transmissibilité possible du cancer par l'intermédiaire du sol. De la terre est arrosée avec une pulvérisation de débris cancéreux recueillis immédiatement après l'opération, et des rats sont entretenus dans une cage remplie de cette terre. Malgré le contact intime de leurs pattes avec la terre contaminée, les animaux restèrent indemnes de toute infection cancéreuse, bien qu'on eût pris le soin de leur créer un *locus minoris resistentiæ* en leur faisant subir quelques mutilations superficielles. H. R.

Recherches expérimentales sur l'inoculabilité du cancer, par GRATIA et LIENAUX (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique*, *n° 8*, *p. 520*, *1894*).

Toutes les tentatives (au nombre de 24) de transmission de cancer de chien à chien ou d'homme à chien ont été négatives, aussi bien pour les greffes que pour les inoculations.

La démonstration rigoureuse de la nature parasitaire du cancer n'est pas faite. La contagiosité directe ou indirecte de cette néoplasie n'est pas prouvée ; tout au plus peut-on admettre comme possible la greffe cancéreuse sur des individus possédant une prédisposition exceptionnelle, tels que, par exemple, les cancéreux eux-mêmes. LEFLAIVE.

On the nature and significance of the crescentic and flagellated bodies in malarial blood, par Patrick MANSON (*Brit. med. Journ.*, *p. 1306*, *8 décembre 1894*).

Manson a recherché ce que deviennent les parasites de la malaria en dehors du sang. Il a remarqué que les corps flagellés ne se montrent jamais dans le sang immédiatement après sa sortie des vaisseaux, mais un quart d'heure plus tard, il en conclut que cette apparence morphologique n'existe pas dans le sang vivant.

Les flagella se développent aux dépens des corps en croissant, qui se déforment, deviennent sphériques : le pigment, primitivement central, se collecte à la périphérie et c'est de cette périphérie que s'échappent les flagella, comme de véritables tentacules.

Les corps en croissant persistent dans le sang pendant des jours et des semaines et survivent à la disparition de la fièvre, ils ne sont pas attaqués par les phagocytes.

L'auteur pense que les corps en rosace constituent la forme habituelle des parasites pendant l'accès de fièvre : et que les corps flagellés, ainsi que les corps en croissant, sont les agents, ou mieux les formes morphologiques du parasite destinées à sa dissémination hors de l'organisme. Comme pour la filaire du sang, ce seraient peut-être les moustiques qui seraient les agents de cette dissémination. H. R.

Contribution à l'étude de l'envahissement des organes par les microbes pendant l'agonie et après la mort, par ACHARD et PHULPIN (*Archives de médecine exp.*, *VII, 1*).

L'envahissement des organes par les microbes dans l'agonie est très rarement observé, et se produit de préférence lorsqu'il existait une affection ulcéreuse antécédente (phtisie, cancer utérin, etc.). L'envahissement

cadavérique est favorisé par les mêmes conditions et par l'existence de lésions intestinales. Il est plus précoce quand la température extérieure est plus élevée. Pendant l'agonie comme après la mort, c'est le foie qui est envahi le premier, puis le cœur, la rate plus tard. On rencontre de préférence le staphylocoque blanc et le coli-bacille : les bacilles de putréfaction ne pénètrent que plus tard et jamais avant la mort. Dans certaines conditions, l'organisme semble particulièrement protégé contre l'envahissement microbien ; dans les cas de mort par urémie, les signes de la putréfaction se produisent avec lenteur.

GIRODE.

Sur une variété du bacterium chauvœi, par G.-P. PIANA et B. GALLI-VALERIO (*Annales de l'Inst. Pasteur*, *n° 4*, *p. 258*, *25 avril 1895*).

A côté du B. Chauvœi à formes variables de Arloing, Cornevin et Thomas et des variétés observées par Kerry et Klein, il faut placer celle que les auteurs ont observée et qui se distingue par sa forme très peu variable, ses petites dimensions, la difficulté avec laquelle elle donne des spores chez les animaux et la facilité avec laquelle elle se développe dans les milieux de culture ; ce virus est moins résistant à la chaleur que le virus ordinaire. Ce fait est probablement en relation avec l'absence de spores. Le charbon symptomatique donne lieu à la phagocytose, plus accentuée chez les animaux plus résistants. Les bacilles englobés sont toujours petits, sans spores et sans corpuscules fortement colorés. Dans les muscles des tumeurs, à côté des fibres dégénérées et de l'invasion bacillaire observées par Galtier, on trouve une infiltration phagocytaire.

PAUL TISSIER.

Ueber die chemotaktische Wirkung..... (De l'action chimiotaxique de diverses substances sur les cellules amiboïdes, etc.), par BORISSOW (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 432*).

La solution de sel marin à 0,75 0/0 est sans action ; le cuivre agit assez fortement, dans quelques tubes un bouchon complet de leucocytes se formait. Le mercure agit fortement chez le chien, peu chez la grenouille, est inactif chez le lapin. Le phosphore amorphe est plus actif chez les espèces examinées. L'acide arsénique est sans action. L'essence de térébenthine, l'huile de croton sont tous deux actifs ; mais le croton agit fortement sur le chien, c'est sur le lapin que la térébenthine agit le mieux. La putrescine (en combinaison dibenzoïque) agit assez bien chez le chien, peu chez le lapin et la grenouille. Les farines de blé et de pois agissent assez bien chez le chien et le lapin, son action est douteuse chez la grenouille. Les parties animales mortes ont une action chimiotaxique faible chez le chien même jeune, qui réagit cependant mieux que les vieux. Les cultures de microbes ont toutes, sauf celles du bacille tuberculeux, une bonne activité chimiotaxique. Pour comparer leur action, l'auteur a introduit en même temps chez le même chien différentes cultures : le bacille virgule a donné un bouchon de 4 millimètres ; le bacille de Finckler fournit un bouchon de 7 millimètres ; le bacille de Friedländer 15 millimètres ; le bacille tuberculeux presque rien. Celui-ci dans deux autres recherches avait donné des résultats positifs. Ces variations tien-

nent peut être à la présence d'autres tubes contenant des substances plus ou moins actives. Quant aux variétés de leucocytes cultivées, l'auteur n'a trouvé aucune substance agissant de préférence sur une varité donnée de leucocytes. C. LUZET.

Influence des traumatismes sur les localisations des substances solubles, par L. MEYER (*Soc. de biol., 23 mars 1895*).

L'auteur fait ingérer 1 gramme de naphtaline à des lapins pendant 8 jours ; on sait que l'on fait ainsi apparaître la cataracte dans les yeux. En réalisant des contusions d'un côté, droit par exemple, on constate que la cataracte y apparaît plus rapidement. DASTRE.

Effets de la section des nerfs du foie chez les animaux normaux ou rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas; démonstration de l'existence d'une glycogénie et d'une glycosurie hépato-pancréatiques d'ordre cellulaire, par J. THIROLOIX (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

1° Il y a un diabète bulbo-hépatique indépendant du pancréas. Les animaux à marcotte pancréatique deviennent glycosuriques par piqûre du bulbe comme les animaux normaux. De même les animaux à pancréas enlevé et mis à jeun qui ne sont pas glycosuriques.

2° La section des nerfs du foie amène une diminution remarquable du volume de cet organe, mais pas de troubles notables dans la santé des animaux (pendant les 2 à 3 mois suivants).

3° Le pancréas, après énervation, continue à fournir sa double secrétion externe digestive et interne glycogénique.

4° La section des nerfs du foie pratiquée, en même temps, avant ou après l'extirpation totale du pancréas n'empêche pas l'apparition de la glycosurie. Seulement cette glycosurie peut être plus tardive et plus grave que chez les chiens dont le foie est intact.

5° La greffe pancréatique jointe à la section des nerfs hépatiques permet de créer une glycogénie normale et une glycosurie hépato-pancréatique d'ordre cellulaire. La secrétion interne du pancréas paraît donc influencer les cellules hépatiques directement par l'intermédiaire du sang veineux porte ou artériel. DASTRE.

Sur le diabète pancréatique expérimental, par A. CAPPARELLI (*Archives ital. de biol., XXI, p. 390*).

L'auteur enlève le pancréas à des anguilles qui survivent de 7 à 12 jours. 7 de ces animaux sur 11 ne présentaient pas de sucre urinaire ; 2 en présentèrent. Les premières conservaient sans doute des îlots pancréatiques qui avaient été respectés. La muqueuse buccale possède cependant la propriété de transformer l'amidon en sucre. DASTRE.

Lésions du pancréas produites par l'injection d'huile dans le canal de Wirsung suivie de la ligature de ce canal, par J. MOURET (*Soc. de biologie, 23 février 1895*).

L'examen histologique a été fait chez les chiens et lapins à des époques variant de 36 heures à 1 an et plus. La glande est aussitôt après, d'une

couleur blanc mat; elle devient d'une dureté excessive, et ses canaux excréteurs sont dilatés; puis, après plus d'un mois, elle s'atrophie et est représentée par des îlots. Chez 1 chien qui avait reçu 5 centimètres cubes d'huile et avait été conservé 1 an et 18 jours, la glande était réduite au canal de Wirsung énormément dilaté et abouché de nouveau avec l'intestin. La paroi du canal est épaissie, l'épithélium desquamé ; les glandes en grappe de l'intérieur des parois sont hypertrophiées. En somme, dilatation des voies canalisées, sclérose débutant autour des canaux excréteurs pour se généraliser, dégénérescence de l'épithélium sécréteur et retour de cet épithélium à un état embryonnaire. Aucun de ces animaux n'est devenu glycosurique. DASTRE.

Études expérimentales sur l'influence tératogène ou dégénérative des alcools et des essences sur l'embryon de poulet, par Ch. FÉRÉ (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, *mars-avril 1895*).

Dans une première série d'expériences, l'auteur étudie les effets de l'exposition préalable des œufs de poule aux vapeurs d'alcools. Les œufs soumis aux vapeurs d'alcools éthylique, méthylique, amylique montrent toujours un nombre de développements normaux bien inférieur à celui des œufs témoins, et cette nocuité paraît être en général inférieure avec l'alcool éthylique. Mais l'auteur a soin de faire remarquer que ce procédé expérimental est défectueux à plusieurs égards au point de vue d'une comparaison rigoureuse, car l'évaporation des divers alcools est très différente, par suite la quantité des vapeurs dégagées et la durée de leur action non comparables. C'est pourquoi une seconde série d'expériences a été faite par le procédé d'injection dans l'albumen, et a montré : 1° qu'à doses faibles, l'alcool éthylique peut être presque inoffensif; 2° que les alcools propylique, butylique, amylique, sont progressivement plus nuisibles que l'éthylique; 3° que les iso-alcools sont en général plus nuisibles que les alcools correspondants.

Après avoir constaté le rôle teratogène des alcools introduits dans l'œuf, l'auteur a voulu voir dans quelles conditions on pourrait amener au terme de l'incubation des œufs qui auraient reçu de petites doses d'alcool. Il a obtenu un certain nombre de poussins vivants au 21e jour, mais, en général, ces poussins n'étaient pas encore arrivés, à cette date, au terme de leur développement, avaient encore un jaune volumineux, et ne parvenaient à sortir de leur coquille que le 23me jour, s'ils ne mouraient pas avant.

Ces poussins, d'ailleurs, ont des monstruosités comme la célosomie, ou plus souvent des anomalies légères (dédoublement des phalangettes, des ongles, bec croisé, etc.). Ce sont des dégénérés ; un de ces sujets est en même temps épileptique.

Enfin, dans une troisième série de recherches, l'auteur a constaté que l'addition d'une faible quantité d'anis ou d'absinthe à l'alcool éthylique augmente considérablement son influence nuisible, principalement quand il s'agit d'essence d'absinthe. M. DUVAL.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Zur Frage über den Einfluss..... (Influence du jeune sur l'action des agents thérapeutiques (digitaline), par Th. JORDAN (*Centralbl. für med. Wiss., p. 145, 1895*).

A jeun (abstinence de 3 à 12 jours), le chien est beaucoup plus sensible à l'action toxique de la digitaline (solution aqueuse contenant 0^{gr},003 par centimètre cube).

Un jeûne prolongé modifie les symptômes de l'empoisonnement par la digitaline : le nombre des pulsations diminue pendant la première et la troisième période et ne s'accélère pas autant pendant la deuxième période que chez les chiens nourris normalement. La pression monte peu dans la première période; elle peut même être abaissée s'il s'agit d'un animal ayant jeûné longtemps. Le passage de la deuxième à la troisième période se fait graduellement. L'excitabilité des rameaux cardiaques du pneumogastrique est d'autant plus déprimée que le jeûne s'est prolongé davantage.

Il y a sans doute aussi chez les animaux à jeun une diminution de l'excitabilité des centres vaso-constricteurs. LÉON FREDERICQ.

Sur l'influence de l'âge et de la vie sexuelle sur la rapidité de la résorption de certains médicaments, par l'estomac, chez la femme saine, par W.-P. DEMIDOWITCH (*Vratch, n° 10, 1895, et Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Chez 49 femmes, dont l'âge variait de 8 à 60 ans, l'auteur a fait 131 expériences, dont 49 avec de l'iodure de potassium, 49 avec du salicylate de soude et 23 de contrôle. La résorption de ces substances dans l'estomac se fait plus rapidement chez les petites filles que chez les femmes âgées; mais tandis que ni chez les enfants ni chez les vieillards, il n'y a de variations très marquées dans la rapidité de la résorption, ces variations sont importantes chez les femmes à l'époque des règles. Le moment de l'apparition de l'iode dans la salive retarde le plus souvent de 2 à 3 minutes sur celui de son apparition dans les urines. En général, les premières traces de l'iode se montrent dans la salive au bout de 11,8 minutes et dans les urines au bout de 14,3 minutes: la réaction est nette, pour la salive, au bout de 15,4 minutes, pour les urines, au bout de 21,2 minutes. Le salicylate de soude apparaît dans la salive presque en même temps que l'iode, au bout de 13,7 minutes.

En ce qui concerne l'influence des règles, dans 7 cas la résorption de l'iodure de potassium a été accélérée 2 à 4 jours avant les règles, 3 fois dès les premiers jours de la menstruation. Dans tous les cas, vers la fin des règles, la résorption a été retardée. Après les règles, la rapidité de la résorption augmentait graduellement jusqu'à la normale.

Chez les femmes enceintes, l'iodure de potassium et le salicylate de soude sont résorbées plus rapidement que chez les femmes non enceintes du même âge. La rapidité de la résorption est en raison inverse de l'âge des femmes enceintes. A mesure que la grossesse avance, la résorption devient plus rapide. Elle est aussi plus rapide à mesure que le nombre des grossesses antérieures augmente. H. FRENKEL.

Remarques sur le mode d'action des poisons nerveux, par J.-P. MORAT (*Soc. de biol., 16 février 1895*).

L'action des poisons nerveux est caractérisée par la grandeur des effets, en comparaison de l'infime quantité de substance employée (quelques centigrammes de curare, 1 milligramme d'atropine, nicotine, aconitine). Cette disproportion tient à ce qu'il suffit d'atteindre un rouage très petit de l'organite nerveux, peut-être la terminaison. L'auteur suppose que cette action porte sur des ferments existant sous les nerfs. DASTRE.

Ueber ein Herzgift aus Manila (Sur un poison du cœur provenant de Manille), par ROSENTHAL (*Archiv f. Physiol., p. 185, 1895*).

L'extrait aqueux de la racine de Rabelaisia philippinensis est un poison exclusivement cardiaque. Il provoque chez la grenouille rapidement l'arrêt définitif du cœur, sans autres symptômes. Chez les mammifères le cœur s'arrête également, mais l'anémie aiguë des centres nerveux, qui en est la conséquence, donne lieu à de la dyspnée, puis à des convulsions qui se terminent rapidement par la mort. La pupille se dilate au maximum. LÉON FREDERICQ.

Action des sels métalliques sur la fermentation lactique, par A. CHASSEVANT (*Soc. de biologie, 2 mars 1895*).

L'auteur a déjà étudié l'action accélératrice des métaux, pris à dose convenable, sur la fermentation lactique. Il constate aujourd'hui avec le magnésium, sodium, cuivre, plomb et or qu'il n'y a d'accélération qu'au début de la fermentation : qu'avec l'or et le cuivre, l'accélération est suivie d'un ralentissement; qu'en mélangeant les doses accélérantes des divers métaux on a une accélération plus grande, mais que les métaux n'ajoutent pas arithmétiquement leur pouvoir accélérateur. DASTRE.

Ueber die Nierenfunction und die Wirkungsweise der Diuretica, par W. v. SOBIERANKI (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXXV, p. 144*).

Les vrais diurétiques peuvent influencer les fonctions rénales de deux manières, soit en augmentant l'activité du glomérule, soit en diminuant le pouvoir de résorption des épithéliums, des tubes contournés, soit en faisant les deux choses à la fois.

La diurèse avec la caféine et les autres substances qui diminuent ou paralysent l'activité de résorption des canalicules urinaires ne peut se produire que si l'organisme ne manque pas de substances à uriner. La diurèse avec les sels survient quand même, parce qu'ils favorisent l'osmose et la filtration à travers le glomérule. Toutes les substances qui agissent sur la pression sanguine ou la vitesse de la circulation ont une action

secondaire sur l'activité rénale. Toutes les substances albuminoïdes qui circulent librement dans le sang sont éliminées par les glomérules. Cependant il est hors de doute que dans certaines circonstances les tubes contournés et droits peuvent aussi éliminer les matières albuminoïdes. PAUL TISSIER.

Action thérapeutique des courants à haute fréquence, par APOSTOLI et BERLIOZ (*Soc. de biol., 23 mars 1895*).

Le sujet est immergé dans le grand solénoïde de d'Arsonval. Certains malades n'ont retiré aucun bénéfice de la méthode (hystériques, névralgiques). D'autres en ont bénéficié (arthritiques, goutteux, rhumatisants, glycosuriques, c'est-à-dire des ralentis de la nutrition). Il y a eu chez ceux-ci, surtout les arthritiques : restauration des forces, réveil de l'appétit, retour du sommeil, réapparition de la gaieté, sédation des malaises nerveux. Les combustions étaient augmentées; l'acide urique diminué, l'urée augmentée. Les courants alternatifs à haute fréquence prenant naissance par induction dans les tissus influenceraient nettement l'activité nutritive. DASTRE.

Ueber die Wirkung des Sparteins, par Arthur R. CUSHNY et S.-A. MATHEWS (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm., XXXV, p. 129*).

La spartéine détermine une élévation passagère de la pression sanguine qui revient ensuite à la normale, une diminution durable du nombre des pulsations : ces deux actions surviennent en même temps. Avec de fortes doses, le nombre des pulsations est considérablement diminué et la pression sanguine très abaissée ; l'amplitude de la pulsation est très marquée : cet état peut disparaître, mais conduit souvent à la mort. Ces effets n'appartiennent point à une action spécifique de la spartéine, mais à l'irritation locale qu'elle produit sur le cœur. Par contre, la diminution progressive du nombre des pulsations et la paralysie durable doivent être considérées comme spécifiques. Le ralentissement du pouls est indépendant de l'appareil d'inhibition et ne s'explique que par l'action nocive exercée sur le cœur. La spartéine ne possède donc aucune action digitalique, le cœur est ralenti par les deux poisons, mais avec la digitale cela résulte de l'allongement des systoles, de celui des diastoles avec la spartéine. L'effet caractéristique de la digitaline est la perte du pouvoir de distension du cœur qui est au contraire anormalement dilaté avec la spartéine. La spartéine ne possède en définitive aucune indication thérapeutique qui ne puisse aussi bien être remplie avec d'autres moyens. PAUL TISSIER.

Einige Bemerkungen..... (Sur l'action physiologique et l'emploi thérapeutique du gymnema silvestre et de l'acide gymnémique), par E. HOPF (*Therap. Monats., p. 252, mai 1895*).

Le gymnema silvestre, l'acide gymnémique et le gymnémate de soude sont des modificateurs du goût ; sans action sur les saveurs salées e acides, ils atténuent ou font disparaître les saveurs sucrées et amère s La durée de l'action sur le goût dépend de la dose et du mode d'appli-

cation : courte avec les badigeonnages, elle est beaucoup plus prolongée si l'on mâche les feuilles.

L'emploi du gymnema donne de bons résultats pour calmer les parageusies des diabétiques, des dyspeptiques, etc. Il permet aussi d'administrer facilement les substances trop sucrées ou fades (salicylate de soude) ou amères. PAUL TISSIER.

De l'absorption de l'acide salicylique par la peau, par G. LINOSSIER et M. LANNOIS (*Soc. de biol., 16 mars 1895*).

Le gaïacol est absorbé par la peau à l'état de vapeur. L'acide salicylique est volatil à basse température : ses vapeurs sont lourdes (d = 4.77) et peu diffusibles. En exposant un membre (bras) à une mixture salicylique, maintenu par un appareil particulier, à 1 centimètre de la peau, on constate une absorption ; l'urine permet de décéler des traces d'acide salicylique. DASTRE.

Sur l'action physiologique du phénocolle, par U. MOSSO et F. FAGGIOLI (*Archives ital. de biologie, XX, p. 161, et Boll. della R. Accad. di Genova, VII, 1*).

Le phénocolle résulte de l'action du glycocolle sur la paraphénétydine : c'est le paramido-acétylphénétol. Il a été employé par Hertel (1891) et Hertzog (1891), pour ses propriétés antinévralgiques et antirhumatismales et par Albertoni (1892) dans la cure des fièvres malariques. Kobert, Méring et Halle ont affirmé son innocuité. Les auteurs en font ici une étude complète. Ils constatent son action antiseptique, et antifermentative, inférieure pourtant à celle de la quinine ; la digestion gastrique est seulement ralentie par les doses de 1 0/0. Sur les êtres inférieurs, son action est différente de celle de la quinine. Le sang n'éprouve que des changements peu importants : pas de méthémoglobine, pas d'état asphyxique ; ni albumine ni sucre dans les urines. Les petites doses augmentent l'activité cardiaque et régularisent le pouls. Les doses élevées paralysent le cœur mais non d'une façon irrémédiable. Il y a chez les chiens substitution de la respiration abdominale à la respiration thoracique et production de la respiration périodique. La sensibilité n'est pas active. Les nerfs et les muscles sont influencés. Le phénocolle abaisserait la température fébrile en diminuant les combustions organiques : il y a moins d'azote éliminé par les urines. Le phénocolle n'agit d'ailleurs que sur la température fébrile et non sur le processus infectieux. Il est rapidement éliminé par les reins. DASTRE.

Ueber die therapeutische Verwendung des Hexamethylentetramin (Sur l'emploi thérapeutique de l'hexaméthylènetétramine), par NICOLAIER (*Centralbl. f. med. Wiss., p. 897, 1894*).

L'acide urique et les urates sont fort solubles dans les solutions de formaldéhyde et dans celles d'hexaméthylènetétramine (formée par l'action de l'ammoniaque sur la formaldéhyde). L'auteur a utilisé cette propriété pour combattre chez l'homme la formation dans les urines de dépôts d'acide urique et d'urates et a obtenu d'excellents effets par l'administration journalière d'une dose de 6 grammes d'hexaméthylènetétramine en

solution aqueuse: disparition complète des dépôts uratiques et diurèse. La formaldéhyde ne peut être administrée à cause de sa toxicité.

LÉON FREDERICQ.

Action de l'antipyrine sur les centres nerveux, par GUIBBAUD et P. LANGLOIS (*Soc. de biol., 23 mars 1895*).

Les cellules des centres supérieurs sont plus facilement impressionnées par l'antipyrine que les cellules de la moelle, aussi bien en ce qui concerne la sensibilité à la douleur que la motricité. En augmentant les doses et en sectionnant la moelle au niveau de la 3e vertèbre cervicale, on peut arriver à distinguer, chez le chien, 5 types: 1° 27 centigrammes par kilogramme d'animal : réflexes céphaliques exagérés, puis convulsions cloniques dans la région correspondant à l'innervation bulbo-cérébrale. Le tronc est immobile ; 2° 54 centigrammes, convulsion clonique de la tête et une convulsion tonique généralisée ; 3° 1gr35 par kilogramme, convulsion clonique dans la tête, puis dans les membres. Réflexe patellaire exagéré ; 4° Les réflexes de la face ont disparu, ceux du tronc persistent ; 5° 2 grammes, les réflexes médullaires disparaissent aussi ; absence de convulsions. Dans 1 cas pathologique, il a fallu 1 gramme pour calmer la douleur crânienne (névralgie du trijumeau) et 3 grammes pour calmer la douleur du sciatique.

DASTRE.

Le trional, par GALLIARD (*Soc. méd. des hôp., 15 mars 1895*).

Galliard a employé le trional chez 40 malades, à la dose de 1 gramme, par la voie gastrique. 7 malades se sont montrés réfractaires ; chez 33 il a eu un succès partiel ou complet, et l'hypnose a duré quelques heures ou toute la nuit ; il l'a employé indistinctement pour des neurasthéniques, des morphinomanes, des tuberculeux, des cardiaques, etc. ; il n'a constaté aucun trouble gastro-intestinal, respiratoire ou autre. Le trional a en outre une action rapide.

H. L.

I. — Ueber Somatose, ein neues Albumosepräparat, par GOLDMANN (*Hyg. Runds., IV, n° 19, p. 893*).

II. — Ueber die günstige Wirkung der Somatose bei Syphilis-und Mercurialkachexie, par P.-J. EICHHOFF (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1037, 12 novembre 1894*).

II. — Beitrag zu den praktischen Erfahrungen über Somatose, par WEBER (*Ibid., n° 9, p. 200, 4 mars 1895*).

I. — La somatose est un corps intermédiaire entre l'albumine et la peptone, qui se présente sous forme de poudre à grains fins, très soluble dans l'eau ; elle renferme de 88,37 à 90,49 0/0 d'albumoses, 7,46 de sels et 0,24 0/0 de peptone. D'après Goldmann, elle serait appelée à remplacer la peptone dont l'emploi est souvent indiqué dans les états de débilité, mais dont l'usage est restreint à cause de sa saveur désagréable.

II. — Eichhoff se loue du résultat qu'il a obtenu chez un syphilitique cachectisé ; il lui faisait prendre 3 fois par jour dans du lait une cuillerée à thé de somatose dissoute dans l'eau chaude.

III. — La somatose, pour Weber, semble indiquée d'abord chez tous

les malades qui ont une muqueuse gastrique facilement irritable ; dans un cas d'ulcère rond de l'estomac où toute alimentation solide était devenue impossible, la somatose, à la dose quotidienne de 3 cuillerées à café, a bientôt permis au malade de revenir à un régime normal. Cette préparation trouve ensuite son emploi chez les nourrissons atteints de catarrhe gastro-intestinal ; dissoute dans une décoction de gruau d'avoine, elle peut être prescrite avec profit aux enfants qui rejettent le lait. A un biberon de 250 grammes, il ne faut toutefois pas ajouter plus de 2 grammes de somatose, sinon on s'expose à de la diarrhée. Elle est encore utile dans les migraines accompagnées de vomissements, dans les diverses formes d'anémie et chez les convalescents. En revanche, les lavements de somatose n'ont pas donné de résultats à Weber. J. B.

Sur les propriétés désinfectantes de quelques dérivés du pétrole, par M. POTAPOFF (*Thèse de St-Pétersbourg, 1894*).

Seuls, le *naphtol* α et le *naphtol* β sont actifs ; par contre, le *sulfonaphtène*, l'*extrait naphtique A*, le mélange de l'*extrait naphtique A* avec le *naphtiol*, le *naphtiol* lui-même ne possèdent pas de propriétés désinfectantes. Le principe actif des « *naphta* » sont les phénols traités par l'acide sulfurique, les hydrocarbures aromatiques indifférents et les corps oxydés, solubles dans de l'eau.

Les expériences ont été faites sur le bacille du choléra asiatique, sur le bacille typhique, le staphylocoque doré et la bactéridie charbonneuse, Le virgule cholérique succombe, en culture de deux jours, au bout de deux heures, avec une dose de 0,025 parties de *naphtol* α sur 100 parties de culture ; le bacille typhique et les staphylocoques ne sont morts qu'au bout de 48 heures ; avec une dose de 1 partie de *naphtol* α sur 100 parties de culture en bouillon, toutes ces espèces microbiennes sont détruites en 15 minutes. Les selles cholériques sont désinfectées en 15 minutes, si l'on ajoute 1 partie et demie de *naphtol* α pour 100 parties de selles. Les selles liquides putréfiées exigent, pour être désinfectées en 15 minutes, 2 1/2 0/0 de *naphtol* α. Les spores de la bactéridie charbonneuse âgées de 6 heures sont tuées par une solution de *naphtol* α à 10 0/0 en 8 jours, et avec la même solution de *naphtol* β en 15 jours. Le *naphtol* β est deux fois moins actif que le *naphtol* α et a l'inconvénient de contenir une plus forte proportion d'acide sulfurique libre. Le prix des deux *naphta* est des plus médiocres. H. FRENKEL.

Ueber Künstlichen Nierendiabetes (Sur le diabète rénal expérimental), par Carl JACOB (*Archiv f. exper. Path. u. Pharm., XXXV, p. 213*).

Les substances appartenant au groupe de la caféine (acide sulfocaféique, caféine, théobromine) peuvent provoquer chez le lapin une augmentation de la diurèse et de la glycosurie ; celle-ci n'a sa cause que dans l'exagération de la sécrétion et doit être pour cette raison considérée comme un diabète rénal. PAUL TISSIER.

Ueber die Ausscheidung und Resorption der Kalkes (Sur l'élimination et la résorption de la chaux), par G. REY (*Archiv für exper. Path. und Pharm.*, *XXXV*, *p. 295*).

Si l'on injecte de fortes doses de chaux à un animal, la chaux s'élimine directement par l'intestin grêle, qui en représente la voie principale d'élimination. La chaux injectée peut rester assez longtemps dans l'organisme, comme le montre l'augmentation du chiffre de la chaux contenue dans le sang. PAUL TISSIER.

Ueber den directen Einfluss des doppelskohlensäuren Natrons auf die Magensaftsecretion (Sur l'influence directe du bicarbonate de soude sur la sécrétion du suc gastrique), par N. REICHMANN (*Therap. Monats.*, *p. 127*, *mars 1895*).

Les expériences faites avec les eaux minérales, solutions complexes, ne sauraient être ici probantes. Sur l'estomac à jeun (3 sujets, 57 examens), les solutions faibles ou fortes de bicarbonate de soude ne provoquent pas une sécrétion de suc gastrique plus abondante que l'eau distillée. Le bicarbonate de soude, administré à doses faibles ou fortes un certain temps avant le repas, n'a aucune influence particulière sur la sécrétion de l'estomac examiné pendant le temps de la digestion. L'administration prolongée à doses faibles ou fortes chez des sujets à estomac sain ou non produit dans la sécrétion des différences positives ou négatives faibles, c'est-à-dire sans importance. Ingéré en même temps que les aliments le bicarbonate de soude diminue très notablement l'acidité totale et l'HCl du contenu stomacal, et cela d'autant plus que la dose d'alcalin est plus forte ; il ne s'agit pas d'une action physiologique, mais seulement d'une neutralisation chimique (expériences avec l'eau distillée). Pris pendant longtemps à haute dose pendant le repas, le bicarbonate de soude n'exerce aucune action sur la sécrétion gastrique. Il ne s'ensuit pas que les alcalins soient sans effet utile : la neutralisation du contenu stomacal est une indication qui se présente souvent. PAUL TISSIER.

Action physiologique d'un poison des flèches du Soudan français, par FERRÉ et BUSQUET (*Soc. de biol.*, *30 mars 1895*).

Le poison provenait de flèches des peuplades de Ségou. C'est le latex d'un strophantus analogue à celui qui sert à empoisonner les flèches au Gabon. Il ne s'y joint aucune toxine microbienne. L'action de la substance est immédiate. Le poison agit sur les muscles qu'il paralyse et rend inexcitables, mais seulement ceux avec lesquels il est en contact immédiat. Les autres conservent leur contractilité. Il détermine l'arrêt du cœur et des troubles respiratoires. DASTRE.

Le liseré saturnin, par BRUNELLE (*Bull. méd. du Nord*, *23 novembre 1894*).

Dans les coupes de liseré saturnin, on trouve des granulations de sulfure de plomb accumulées à la face postérieure de la gencive, incluses dans les cellules migratrices, si elles ne sont pas trop volumineuses. On n'en trouve pas trace dans l'épithélium de la face antérieure ; elles n'affectent pas de rapport évident avec des vaisseaux, ce qui semble indiquer

que le plomb pénètre directement dans les gencives et ne leur est pas apporté par le sang. LEFLAIVE.

Contribution à l'étude des manifestations parotidiennes du saturnisme, par Yves THIELEMANS (*Thèse de Paris, 1895*).

Les manifestations parotidiennes dans le saturnisme ont une marche chronique, ne s'accusent que par une tuméfaction de la région et ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel. Parfois, néanmoins, il existe chez les saturnins des poussées subaiguës, douloureuses, transitoires du côté des parotides. Les lésions prédominantes sont d'ordre interstitiel. Dans la parotide comme dans les autres glandes, c'est l'accumulation plombique qui provoque la réaction inflammatoire chronique.

Bien que, du fait même de l'élimination toxique, la parotide se trouve, vis-à-vis de l'infection, en état de réceptivité, il ne semble pas que la parotidite saturnine relève de l'infection canaliculaire ascendante.

G. LYON.

Untersuchungen über den Stoffwechsel..... (Recherches sur la nutrition dans l'empoisonnement mercuriel aigu), par GUTTENBERG et GUERBER (*Münchener med. Woch., n° 1, p. 7, 1895*).

De leurs expériences, G. et G. concluent que les animaux empoisonnés par le sublimé perdent en moyenne, pendant les trois premiers jours : en été, 1,821 d'azote par kilo de moins que les non-empoisonnés ; en hiver, 0,330 de moins, soit en albumine, pour ces trois jours : en été, 11,381 de moins par kilo : en hiver, 2,0625. L'empoisonnement réduit les échanges albumineux : en été, de 47,38 0/0, en hiver de 20,39 0/0. Ce qui confirme les recherches de Schröder (*Inaug. Diss. Würzburg*, 1893). C. LUZET.

Empoisonnement par des fruits de mancenillier, par Duncan James CADDY (*Brit. med. Journ., p. 136, 19 janvier 1895*).

Fillette de 5 ans; 10 heures après l'ingestion d'un fruit de mancenillier, elle est dans l'état suivant : Collapsus, sueurs froides, pouls imperceptible, battements du cœur précipités et faibles, respiration suspirieuse (30), température basse. Les lèvres sont gonflées et couvertes de phlyctènes, la langue tuméfiée et ulcérée : il existe également des phlyctènes aux mains. Douleurs épigastriques très vives et pupilles dilatées.

Guérison sous l'influence d'injections d'éther, de lavements alcooliques et d'applications locales d'une solution fortement alcaline. H. R.

Des accidents produits par la chloralose, par RENDU (*Soc. méd. des hôp., 8 mars 1895*).

Une femme atteinte de tuberculose pulmonaire chronique souffrait d'insomnies qu'aucun médicament n'avait fait disparaître. Rendu prescrivit un jour 25 centigrammes de chloralose, 2 heures 1/2 après, il trouvait la malade dans un état de coma absolu, cyanosée, avec des sueurs froides, des spasmes incessants des muscles de la face, et des convulsions épileptiformes des membres, incontinence des urines et des fèces; pouls incomptable, plus de 200 pulsations à la minute; bruits confus du cœur... Après plusieurs piqûres d'éther, puis une de morphine, la malade, au bout de 2 heures 1/2, s'améliora et 8 heures après l'injection était tout à fait rétablie. H. L.

Ein Fall von Trionalvergiftung, par HECKER (*Berlin. klin. Woch.*, n° *36*, *p. 835*, *3 septembre 1894*).

Femme de 50 ans atteinte d'idées dépressives et d'insomnie. Après avoir pris chaque soir, durant 36 jours, une dose de 1 gramme et demi de trional, elle présenta tous les troubles de la démence paralytique au début : démarche incertaine et vacillante ; perte de pouvoir d'orientation ; affaiblissement de la mémoire, portant sur les mots les plus courants ; parole confuse ; calcul défectueux et altération de l'écriture. Le médicament supprimé, tous ces phénomènes morbides disparurent dans le cours de trois semaines. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

La pratique de la sérothérapie, par H. GILLET (*Un vol. de 293 p.*, *Paris*, *1895*).

L'auteur, dans ce petit volume, donne un résumé fidèle et complet du nouveau traitement de la diphtérie par les injections de sérum ; il y a joint toutes les statistiques publiées jusqu'à ce jour et relatives à ce mode de traitement, de telle sorte que le lecteur y trouvera tous les documents propres à l'éclairer sur la valeur réelle de la sérothérapie. La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la description de l'intubation et de la trachéotomie, avec les modifications qu'apporte à l'emploi de ces moyens la nouvelle thérapeutique. G. LYON.

Immunisation et sérumthérapie, par Samuel BERNHEIM (*Un vol. de 340 p.*, *Paris*, *1895*).

L'entrée dans le domaine pratique de la sérumthérapie a déjà suscité plusieurs ouvrages de vulgarisation ; celui de Bernheim présente un exposé complet des diverses applications de la sérumthérapie faites jusqu'à ce jour ; cet exposé est précédé d'une étude de l'immunité naturelle et des différentes théories : cellulaire (phagocytose) et humorale par lesquelles on a cherché successivement à l'expliquer. G. LYON.

La difterite e la sieroterapia Behring nella citta di Foggia, par F. CARDONE (*Boll. mall. dell' orecchio*, *XIII*, *3*).

C. a traité à Foggia 18 cas de dipthérie (angine pure ou associée) ; il a eu 11 guérisons. Le chiffre relativement élevé de 7 morts tient à ce que ces cas furent traités à la dernière extrémité, l'enfant étant presque agonisant. A. CARTAZ.

Résultats du traitement de 46 cas de diphtérie par la sérumthérapie, par RAPPIN (*Gazette méd. Nantes*, *12 mars 1895*).

R. a traité 46 cas de diphtérie par le sérum de Roux avec seulement 5 décès ; 16 angines pures ou à associations, 1 décès ; 24 angines et croups, 3 décès ; 6 cas de croup, 1 décès. A. CARTAZ.

Sur les modifications de la sécrétion urinaire consécutives aux injections de sérum antidiphtéritique, par VARIOT et COCHINAL (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, *9 mai 1895*).

Le sérum produit habituellement une oligurie qui dure plusieurs jours, qui s'accompagne d'une augmentation des urates et des phosphates ; au bout de trois à quatre jours le volume de l'urine augmente, l'urée et les phosphates diminuent dans une proportion inverse, tandis que les chlorures se relèvent, et ce, que les enfants aient ou non une angine diphtérique. L'oligurie est probablement liée à une diminution de la pression artérielle.

H. L.

La sérothérapie antidiphtéritique ; accidents, par ROMNICIANO (*Mercredi méd.*, *24 avril 1895*).

L'auteur relate un cas de laryngite striduleuse, simulant le croup et traité par le sérum ; il y eut à la suite de l'injection des vomissements bilieux, de l'hématurie et de l'albuminurie. Dans l'autre cas, diphtérie vraie, au quinzième jour après l'injection, manifestation de rhumatisme articulaire avec rash intense, rubéolique et urticarien.

A. CARTAZ.

I. — Beitrag zur Behandlung..... (Contribution à la sérothérapie), par KUNTZEN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 49*, *p. 918*, *1894*).

II. — Mittheilungen über die Heilserumtherapie der Diphtherie, par LIBBERTZ (*Ibid.*, *n° 49*, *1894*).

III. — Einige kurze Bemerkungen über die Erfolge mit Heilserum....., par MÖLLER (*Ibid*, *n° 49*, *1894*).

IV. — Ueber Anwendung des Diphtherieheilserums, par HAGER (*Ibid.*, *n° 49*, *p. 928*, *1894*).

V. — Weitere Erfahrungen über die Wirksamkeit des Behringschen....., par SONNENBERG (*Ibid.*, *n° 50*, *p. 330*, *1894*).

VI. — Weitere Beobachtungen über die Wirksamkeit des Behring'schen Diphtherieheilserums, par H. KOSSEL (*Ibid.*, *n° 51*, *p. 946*, *1894*).

VII. — Zwei Fälle von Erkrankung..... (Deux cas de paralysie oculaire consécutive à la diphtérie aprés l'emploi du sérum), par Robert REMBOLD (*Ibid.*, *n° 51*, *p. 963*).

VIII. — Zwei Fälle von Heilserumsbehandlung der Diphtherie, par BACHMANN (*Ibid.*, *n° 51*, *p. 963*).

IX. — Mittheilungen über Diphtherie und das Diphtherieheilserums (*Ibid.*, *n° 51*, *1894*).

X. — Ein Erkrankungsfall nach Anwendung des Diphtherieheilserums, par KLIPSTEIN (*Ibid.*, *n° 52*, *p. 982*).

XI. — Ein Beitrag zur Beurtheilung des therapeutischen und prophylaktischen Werthes des Behring'schen Antitoxins, par SCHMIDT (*Ibid.*, *n° 52*, *p. 982*).

XI. — Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserums, par Max KANN (*Ibid.*, *n° 52*, *p. 951*).

XIII. — Ueber einen Fall..... (Récidive de la diphtérie chez un enfant traité par le sérum), par H. WOLFF-LEWIN (*Ibid., n° 54, p. 980*).

I. — Kuntzen a traité à l'hôpital d'Oschersleben, depuis le mois de juillet, 29 cas de diphtérie ; 4 n'ont pu bénéficier de la sérothérapie ; sur ces 4 enfants, un seul a guéri ; les 25 autres, traités avec le sérum de Behring et d'après ses indications, ont donné 22 guérisons et 3 morts, 5 ont subi la trachéotomie, 3 guérisons.

II. — Depuis l'article de Behring sur la sérothérapie, 40,000 flacons ont été délivrés par la fabrique Höchst, et 10 fois seulement, à la connaissance de l'auteur, l'injection a été suivie de quelques troubles de nature légère, tels que urticaires, érythèmes au point d'injection, douleurs névralgiques, tuméfactions ganglionnaires. Dans aucun cas, il n'y a eu de troubles graves de la santé, aucun accident du côté des reins n'a été signalé.

A partir de ce jour, chaque flacon portera un numéro d'ordre correspondant à un flacon de contrôle conservé à la fabrique. Dans le cas où un accident se produirait, le flacon de contrôle servirait à faire des expériences comparatives.

III. — A l'hôpital de Magdebourg, 76 enfants ont été traités par le sérum ; les enfants légèrement atteints et les moribonds n'étaient pas injectés en vue d'épargner le médicament ; par suite, l'auteur ne peut comparer que la statistique des trachéotomies qui donne une mortalité de 39,6 0/0 soit 16 0/0 de moins que la statistique des enfants traités sans sérum, d'avril à novembre cette année, et 9 0/0 de moins que la statistique la meilleure observée à cet hôpital (année 1891-92).

IV. — Hager, dans sa pratique privée, a traité par le sérum 26 enfants malades et 35 enfants menacés.

Sur les 26 enfants de la première catégorie, un cas s'est trouvé être une angine scarlatineuse, un autre a été traité moribond et a succombé après amélioration passagère, les autres ont guéri.

Au point de vue des affections consécutives, Hager a noté 2 cas de paralysie, 1 cas de dysenterie, quelques cas d'albuminurie passagère et 1 seul d'albuminurie grave.

Des 35 enfants qui ont reçu des injections prophylactiques, 3 ont été atteints plus tard de diphtérie, l'un d'eux a guéri après une injection, les 2 autres sans traitement.

V. — Du mois de juin 1893 à la fin d'octobre 94, la sérothérapie a été appliquée à l'hôpital de Moabit avec deux poses dues à l'absence de sérum, l'une de 4, l'autre de 3 mois. Le traitement par le sérum a donné sur 107 enfants, 85 guérisons, soit 79,4 0/0, et sur 34 trachéotomies, 26 guérisons, soit 76,5 0/0.

La période d'intervalle a donné, sur 116 enfants, 84 guérisons, soit 72,4 0/0, et sur 47 trachéotomies, 29 guérisons, soit 62 0/0. Les injections prophylactiques ont été faites à la polyclinique, dans le courant d'octobre ; sur 16 enfants injectés, 2 ont été atteints.

VI. — Du 16 mars au 1er décembre 1894, 119 cas de diphtérie infantile ont été reçus à l'institut de Koch : 117 ont été traités par le sérum ; les 2 cas non traités étaient des enfants moribonds. La mortalité a été de

11,1 0/0, soit 13 sur 117. Dans tous les cas, le diagnostic bactériologique avait été établi.

La mortalité pour les enfants trachéotomisés a été de 47,8 0/0. Toutes les fois que le traitement a pu être appliqué avant que le larynx fût atteint, il n'y a pas eu d'extension à cet organe.

Le sérum ne paraît pas avoir d'action nocive sur les reins ; sur les 104 enfants guéris, 57, soit plus de la moitié, ont évolué sans albuminurie et la plupart de ces enfants avaient été traités dès le début de la maladie ; chez les autres, l'albuminurie a été de courte durée.

Sur les 104 enfants guéris, il y a eu 19 cas de paralysie et 5 fois des troubles du côté du cœur. Aucun cas de récidive n'a été observé.

Les phénomènes consécutifs aux injections : éruptions, fièvre, douleurs articulaires et musculaires, adénopathie seraient dus, d'après l'auteur, au sérum lui-même et non à l'antitoxine qu'il renferme ; d'après ses observations, ces phénomènes seraient beaucoup moins fréquents avec le sérum de vache qu'avec celui de cheval.

VII. — Rembold a observé chez 2 enfants traités par le sérum, outre les accidents déjà signalés d'exanthème avec fièvre et douleurs articulaires, une paralysie de l'accommodation qui paraît devoir être permanente.

VIII. — Bachmann a traité 5 cas de diphtérie par le sérum de Behring ; les 2 cas dont il donne l'observation se sont terminés l'un par la guérison, l'autre par la mort. Dans le dernier cas, le traitement avait été fait *in extremis*.

IX. — Bergmann croit qu'il est du devoir des cliniciens d'expérimenter le sérum ; lui-même s'est mis à l'œuvre, malgré les insuccès de la tuberculine et malgré les résultats peu satisfaisants obtenus à sa clinique, il y a 2 ans, avec le sérum de Behring. Dans les 12 dernières années, 3,000 diphtériques, passés par sa clinique, ont donné une mortalité de 52 0/0.

Virchow dit qu'à l'hôpital des enfants la mortalité avec le sérum a été de 13,2 0/0 sur 303 cas et, sans le sérum, de 47,8 0/0 sur 230. Tout en acceptant au point de vue thérapeutique les données de Behring, Virchow repousse ses conclusions au point de vue théorique ; la diphtérie est pour lui une lésion anatomique qui peut se produire en différents points du corps, notamment dans l'intestin, sans qu'il y ait de bacille de Loëffler.

Max Wolff montre que le bacille de Loëffler siège dans les couches les plus superficielles des fausses membranes, qu'on l'y trouve souvent à l'état de culture pure et qu'il y présente une forme nettement caractérisée. Les cas dans lesquels le bacille manque, sont ceux où l'on a fait la recherche trop tardivement ou bien l'on a mal choisi la couche à examiner. Les expériences sur les animaux confirment d'une manière éclatante la spécificité du bacille de Loëffler. Sa présence dans la bouche d'individus en pleine santé, n'est pas un argument contraire ; il s'agit là de cas rares d'immunisation.

C. Benda a fait 39 autopsies de diphtérie dont 23 injectés ; dans aucun des cas injectés, il n'a trouvé de tendance à une guérison spécifique ; d'autre part, il n'a pas constaté d'influence particulièrement mauvaise

sur les reins. Dans 2 cas, il a remarqué à côté d'anciennes dégénérations caséeuses des ganglions lymphatiques, des semis tout à fait récents de tuberculose milliaire dans les poumons. Le même fait a été signalé par Wolff, dans 3 autopsies de l'hôpital d'Urban.

Gottstein étudiant la statistique des hôpitaux de Berlin, dans les 4 dernières années (1891 à 94), tire la conclusion que la sérumthérapie n'a pas eu d'influence sur la mortalité totale.

A. Baginsky a vu la mortalité tomber de 47,82 0/0 à 13,2 0/0 avec le sérum ; il a été surtout frappé de ce fait que, dans les mois où le sérum a manqué, la mortalité est brusquement remontée à 50 0/0.

X. — A la suite d'une injection prophylactique de 3 centimètres cubes et demi de sérum de Behring, n° 1, une enfant de 20 mois est prise de malaises graves consistant en fièvre jusqu'à 40°, agitation, éruption d'aspect urticaire, dyspnée intense. Ces phénomènes durent 5 jours et l'examen minutieux de l'observation ne permet de les attribuer à autre chose qu'à l'action propre du sérum.

XI. — Dans une épidémie récente de diphtérie, Schmidt a traité, dans un espace de 8 semaines, 41 cas ; 27 ont été injectés et ont donné 26 guérisons ; 14 ont été traités sans injection, avec 11 guérisons. Les injections ont été faites aux cas les plus graves et la comparaison de la marche de la maladie, chez les enfants de chaque série, est toute en faveur du sérum.

XII. — Il s'agît de 2 cas de diphtérie grave portant sur des enfants de 1 an et 3 ans, frère et sœur, vivant ensemble et pris en même temps. Les parents habitent en pleine campagne et refusent pendant 4 ou 5 jours l'emploi du sérum ; néanmoins les injections, tardivement faites, sauvent celui des enfants le moins gravement atteint et améliorent l'autre.

XIII. — Il s'agît d'un enfant de 18 mois dont le frère, atteint de diphtérie grave, avait été traité par le sérum. Deux injections prophylactiques de 60 unités chacune furent faites le 9 octobre. Le 11 novembre, soit 5 semaines après, une première attaque de diphtérie se déclare, elle cède au traitement par le sérum, traitement suivi d'accidents assez graves : érythème, fièvre, arthropathie. Le 25 novembre, 2 jours après la guérison complète des accidents consécutifs, une seconde attaque de diphtérie confirmée par le microscope se déclare et dure 48 heures ; elle est encore suivie cette fois d'un léger érythème exsudatif, mais sans fièvre ; cette seconde attaque a guéri sans injection. Cette observation semble détruire les espérances fondées par Behring sur les injections prophylactiques. H. DE BRINON.

Il siero antidifterico a Napoli, par MASSEI (*Arch. ital. di laringol*, *XV*, *2*).

Massei publie les résultats obtenus par lui et d'autres médecins italiens avec le sérum, préparé à Naples par de Giaxa. Les détails de la préparation sont donnés par Zinno. Massei avait traité antérieurement 16 malades ; il y ajoute 5 nouveaux cas, donnant un total de 18 guérisons sur 21 cas.

Voici la statistique récente :

2 cas de Ricciardi.............................. 2 guérisons
4 — Belfiore.............................. 4 —
1 — Panunzio.............................. 1 —

1	—	Tesorone	1	—
1	—	Balzano	1	—
1	—	Granata	1	—
1	—	Fiaccanini	1	—
5	—	Massei	3	—

Au total 16 cas, 2 morts; sur les 16 cas, il y avait 9 cas de croup : 5 guéris sans tubage, 2 avec tubage, 2 morts après tubage.

A. CARTAZ.

Traitement de la diphtérie par le sérum du cheval non immunisé, par G. BERTIN (*Gaz. méd. de Nantes, n° 4, 1895*).

6 cas de diphtérie ont été traités à l'Hôtel-Dieu de Nantes, au moyen des injections de sérum de cheval non immunisé; sur ces 6 cas, 3 guérisons ont été observées; il s'agissait, dans les 3 cas, de diphtérie pure, sans complication. Le sérum a agi avec autant de rapidité et d'efficacité que le sérum de Roux. Il est à remarquer que dans 1 cas est survenu un exanthème analogue à celui que l'on constate parfois après le traitement de Roux.

G. LYON.

Note sur quelques injections de sérum de cheval non immunisé, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôp., 29 mars 1895*).

Sevestre a fait sur 4 enfants atteints d'angines blanches non diphtériques des injections de sérum de cheval non immunisé; il a noté la disparition rapide de la tuméfaction produite par l'injection; il persiste cependant une induration œdémateuse, avec rougeur diffuse de la peau; il y eut une réaction fébrile variant de 0°,5 à 1°,5, tout à fait temporaire; un des malades eut une éruption ressemblant à un érytème infectieux, durant quatre à cinq jours; l'action sur l'angine a été nulle. Sevestre admet que les phénomènes réactionnels après les injections de sérum immunisé sont dus non à l'antitoxine, mais au sérum.

H. L.

La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphtéritiques, par Aug. CHAILLOU (*Thèse de Paris, 1895*).

Description très complète de l'opération du tubage et de son application à la diphtérie. L'auteur insiste sur une foule de petits détails qui permettent d'éviter des accidents et des complications, de faire avec rapidité la pose et l'extraction du tube. L'auteur oppose formellement le tubage à la trachéotomie. Il ne laisse pas de fil à demeure. Les résultats des tubages qu'il a pratiqués à l'hôpital Trousseau donnent 12 morts sur 49 cas.

A. CARTAZ.

Recherches comparatives sur le pouvoir curateur du sérum de Behring et de celui de Roux, par W. JANOWSKI (*Centralbl. f. Bakt., XVII, 7 et 8, p. 236*).

En France comme en Allemagne, le chiffre de la mortalité par la diphtérie a éte abaissé de 40-50 0/0 à 12-14 0/0, grâce à la sérothérapie. L'auteur a été frappé de ce fait, que pour arriver à ce résultat on n'emploie pas les mêmes quantités de sérum dans les deux pays; la dose d'une seule inoculation est en France de 20 c. c. du sérum de Roux, tandis

qu'elle n'est en Allemagne que de 10 c. c. du sérum de Behring n° 2 (le plus couramment employé). Par des essais comparatifs de ces sérums faits sur des cobayes inoculés avec des doses identiques de la même culture de bacille diphtérique, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Le sérum de Roux a un pouvoir curateur d'une intensité égale à celui du sérum de Behring n° 1.

Le sérum de Behring n° 2 a un pouvoir curateur supérieur à celui du sérum de Roux dans une proportion telle, qu'il faut 20 c. c. de sérum de Roux pour obtenir un effet équivalent à celui que donnent 10 c. c. de sérum de Behring n° 2.

Le sérum d'Aronson a une puissance d'immunisation identique à celle du sérum de Behring n° 2. H. BOURGES.

Note sur 179 enfants entrés au service d'isolement de l'hôpital Trousseau du 1er au 25 décembre 1894, par SEVESTRE et MESLAY (*Soc. méd. des hôpitaux*, *1er mars 1895*).

Sur 179 enfants, 29 n'étaient pas diphtériques; un seul est mort de broncho-pneumonie, 2 jours après une trachéotomie. Des 150 diphtériques, 135 ont guéri soit 10 0/0 de mortalité. Sur 31 croups opérés ou tubés il y a eu 10 décès. Sevestre a vu plusieurs fois une seconde injection amener une très forte élévation de température, toujours passagère, il a vu aussi, après des irrigations du nez, s'éliminer des membranes reproduisant le moule complet de la cavité avec les replis des cornets.

Sur 150 enfants, 95 ont eu de l'albuminurie; la persistance est un fait grave pour le pronostic. Pour les cas de croup, il est rare que l'opération soit nécessaire, passées les 24 premières heures après l'injection. Après la trachéotomie les guérisons sont plus rapides qu'autrefois, 26 enfants ont eu des éruptions (ortiée 22, scarlatiniforme 4). Deux fois il y a eu de la diarrhée dysentériforme. H. L.

A comparative study of the treatment of diphtheria, especially in regard to antitoxin, par Lennox BROWNE (*Journ. of laryng.*, *mai 1895*).

De deux statistiques de cent cas chacune, traités au Metropolitan hospital, avant et depuis la sérothérapie, B. tire des conclusions peu favorables à l'emploi du sérum. A noter que la série des cas traités sans sérum n'a pas subi le contrôle de l'examen bactériologique.

La série A (sans sérum) a donné comme la série B (sérothérapie, 27 morts sur les 100 cas.

Dans la série A, les éruptions ont été fort rares; dans la série B, 38 cas d'exanthèmes. L'adénite a été observée 18 fois (A), 28 fois (B); l'otorrhée, 13 fois (A), 16 fois (B); les complications rénales, l'albuminurie, 38 fois (A), 50 fois (B); l'anurie, 2 fois (A), 7 fois (B); la néphrite n'a causé que 8 morts sur 865 décès des 2,848 cas de diphtérie traités à l'hôpital en 1893. On la trouve 7 fois (série B) et dans les 27 cas de mort, elle a été relevée plusieurs fois à divers degrés. L'asthénie cardiaque, 1 cas de mort (A), 4 (B). Les paralysies secondaires sont notées dans 14 0/0 des cas (A et B).

B. conclut que les complications sont plus fréquentes avec l'emploi du sérum. A. CARTAZ.

I. — Note sur l'angine diphtérique atténuée ou bactériologique, par VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles, 21 février 1895*).

II. — Observations sur les modifications de la température et du pouls, consécutives aux injections de sérum antidiphtéritique, par le même (*Soc. méd. des hôp., 1er mars 1895*).

III. — Sur l'action de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérumthérapie dans le traitement du croup, par le même (*Journ. de clin. et de thérap. infant., 18 avril 1895*).

I. — Sur 155 enfants atteints de diphtérie vraie, 14 avaient des angines sur lesquelles l'examen clinique ne permettait pas d'affirmer la diphtérie; il s'agissait de petits exsudats cryptiques, ou opalescents ou très circonscrits sur les amygdales; l'exsudat durait un ou deux jours; en outre quelques enfants ne présentèrent qu'une rougeur modérée du pharynx sans aucun exsudat.

II. — Variot a constaté sur un grand nombre d'enfants, fiévreux ou non, une élévation de température de 1/2 à 1, 2 et même 3 degrés, 4 à 10 heures après l'injection; le lendemain ou le surlendemain la température tombe brusquement; chez les enfants de six à dix ans, le pouls s'élève avec la fièvre jusqu'à 140 et 160 pulsations, et reste souvent à 140 quelques jours, alors que la température est redevenue normale. Souvent alors le pouls devient petit, irrégulier, arythmique. Les injections secondaires n'amènent pas des perturbations aussi considérables que l'injection initiale. Ces mêmes modifications ont été observées sur des enfants atteints d'angines ou de laryngites non diphtériques. Le sérum est donc bien la cause de ces troubles du cœur. En conséquence Variot rejette les injections préventives.

III. — Variot a fait installer dans le pavillon des croupeux une chambre de vapeurs; sur une table un fourneau à gaz et une bassine remplie d'eau en ébullition, de sorte que les murs ruissellent de vapeur condensée en eau. Il fait placer là tous les enfants ayant une voix rauque et du tirage. En janvier avant l'installation il reçut 164 diphtériques dont 48 croups. Il fit 27 tubages (23 guéris), 21 trachéotomies (10 guéris); soit 29,27 interventions 0/0. En février, après l'installation de la chambre de vapeur, il reçut 142 diphtériques dont 48 croups. 21 guérirent sans intervention; il fit 18 tubages (12 guéris), 9 trachéotomies (1 guérison) soit 19 interventions 0/0. En mars, il reçoit 148 diphtériques dont 49 croups. 25 guérirent sans intervention; il fait 14 tubages (11 guéris), 10 trachéotomies (4 guérisons), les interventions sont réduites à 16,2 0/0. Les statistiques antérieures avaient été 27 0/0 (Roux), 24 0/0 (Moizard), 29 0/0 (Lebreton), 20,6 0/0 (Sevestre). H. L.

Observations sur la régénération récidivante des fausses membranes diphtériques après les injections de sérum, par VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant., 28 mars 1895*).

Variot estime que le fait le plus caractéristique après l'injection du sérum, c'est le décollement spontané des fausses membranes.

Dans des cas d'angines toxiques il a vu le sérum impuissant contre

l'infection généralisée. Sur 400 cas, il a vu 6 enfants traités par le sérum, partis guéris, et rentrant porteurs d'une nouvelle angine huit et dix jours après la disparition de la première poussée d'angine couenneuse ; la seconde atteinte de diphtérie peut être bien plus intense que la première. H. L.

Die Serumtherapie der Diphtherie nach Beobachtungen im Kaiserkrankenhause....., par BAGINSKY (*In-8°, Berlin, 1895*).

C'est presque un traité de la diphtérie, que publie B. à propos de la sérothérapie. Après avoir rappelé les travaux antérieurs sur la diphtérie, les premières études bactériologiques de Klebs, Lœffler, les expériences si nettes et si précises de Roux et Yersin, B. étudie les conditions de variabilité de la virulence, les associations microbiennes qui aggravent le pronostic de la diphtérie. Au point de vue clinique, on doit distinguer trois formes : forme simple localisée, forme d'intoxication générale, et formes septiques, gangréneuses.

Dans le chapitre consacré à la thérapeutique B. passe en revue les anciennes méthodes sérothérapiques. Il a traité par le sérum 525 malades; la mortalité de 48 0/0 avant les injections est tombée à 15,6 0/0. L'auteur passe en revue les complications propres à la diphtérie, les accidents consécutifs aux injections et termine par l'étude de la question de l'immunisation prophylactique. A. C.

Sur le traitement de la diphtérie par la méthode de Behring, par N.-T. GAMALÉIA (*Vratch, 16 mars 1895*).

L'auteur résume les conclusions de sa longue étude de statistique comparée dans les propositions suivantes :

1° Le traitement par le sérum est une méthode qui n'est pas encore définitive, ni parfaite, ni au point de vue scientifique, ni au point de vue pratique;

2° Le traitement par le sérum a une influence favorable sur les enfants atteints de diphtérie et abaisse la mortalité de cette maladie;

3° Ce traitement agit le plus énergiquement sur le processus local et sur l'intoxication aiguë: il est moins efficace contre les phénomènes de polynévrite;

4° L'accident principal qu'il faut combattre, lorsqu'on emploie la sérothérapie, est l'affaiblissement et la paralysie du cœur;

5° La sérothérapie est d'autant plus efficace que l'on injecte plus d'unités immunisantes au malade. Le dosage allemand est insuffisant;

6° La sérothérapie provoque une série de complications, d'autant plus nombreuses qu'on introduit dans l'organisme plus de sérum ;

7° Il faut soumettre au contrôle d'État la qualité du sérum, comme cela a lieu en Allemagne et en France. H. FRENKEL.

Le stérésol et ses applications dans la diphtérie, par ASCHKINAZI (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur résume les avantages du stérésol sur les autres topiques antiseptiques. Appliqué sur les parties malades le stérésol forme une pellicule adhérente qui n'est pas entraînée par les mouvements de déglu-

tition, et maintient l'acide phénique au contact des fausses membranes pendant un temps très prolongé en sorte que l'application du stérésol ne se fait que deux ou trois fois par vingt-quatre heures; cette application n'est pas douloureuse et ne nécessite aucune instruction particulière.

R. FAURE-MILLER.

I. — La diphtérie au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière, et son traitement par la sérothérapie, par GOUGUENHEIM (*Soc. méd. des hôp., 29 mars 1895*).

II. — La sérothérapie de la diphtérie à Marseille, par L. D'ASTROS et ENGELHARDT (*Ibidem, 19 avril 1895*).

I. — L'auteur a eu à soigner d'une part des enfants au-dessous de 2 ans, d'autre part des adultes. Avant la sérothérapie sur 135 adultes, il avait eu 14 décès, soit 10,37 0/0; sur 40 enfants 23 morts, soit 57,7; depuis l'emploi du sérum, il y a eu sur 52 adultes 2 décès, soit 3,84 0/0; sur 48 enfants 9 morts, soit 18,75.

12 enfants n'avaient que des streptocoques, 10 la diphtérie pure, 16 la diphtérie associée aux streptocoques; sur 4 trachéotomisés, 2 guérirent. Sur 77 adultes, 12 n'avaient que des streptocoques, 30 avaient la diphtérie pure, 35 la diphtérie associée.

II. — Les auteurs ont constaté entre autres effets des injections du sérum de Roux, des troubles de la menstruation; chez plusieurs jeunes filles et jeunes femmes presque constamment l'injection a été suivie à brève échéance de l'apparition des règles, ou au moins d'une hémorragie utérine, qui en présentait tous les caractères. Sur une femme enceinte de quatre mois, deux injections (de 40 grammes en tout) n'amenèrent aucun malaise.

H. L.

A serie of 80 cases treated with diphtheria antitoxin, par WASHBOURN, GOODALL et CARD (*Brit. med. Journ., p. 1417, 22 décembre 1894*).

80 cas d'angine membraneuse se décomposant ainsi : 13 cas, où le bacille de Klebs Lœffler était en culture pure; la plupart de ces cas ont été graves; 17 cas renfermant relativement un nombre restreint de colonies diphtériques (11 bénins, 4 graves). Dans 8 cas les colonies diphtériques furent atypiques, sans que le pronostic ait été sensiblement plus grave (5 bénins, 2 graves); 45 fois, il y eut association microbienne avec le streptocoque, sans que les résultats cliniques aient été défavorables; 4 seulement de ces cas furent graves; trois fois, il y eut association du coccus Brizou; deux fois du staphylocoque doré. La plupart des cultures diphtériques ont montré la variété longue du bacille de Lœffler : 13 fois seulement on trouve la variété courte, toujours bénigne. Enfin, 19 cas n'étaient pas de la diphtérie vraie; il s'agissait de streptocoques et de coccus Brizou.

La mortalité par diphtérie, en 1893, était de 41 0/0; en 1894 de 38 0/0. Depuis les inoculations de sérum, elle est tombée à 19,4 0/0; neuf fois il fallut faire la trachéotomie : il y eut 6 guérisons. H. R.

Quatre cas de déglutition accidentelle des tubes métalliques après l'opération du tubage, par VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles, 30 mai 1895*).

Sur 122 enfants tubés, 4 ont avalé leurs tubes ; deux fois les tubes ont été retrouvés dans les selles deux ou trois jours après l'ingestion ; deux fois les enfants sont morts après la trachéotomie, et les tubes ont été retrouvés dans l'estomac et dans le cœcum ; il s'agissait de tubes d'Ermold. Les enfants n'avaient pas présenté de troubles digestifs, et il n'y avait pas de lésions intestinales. H. L.

Sur la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie, par SEVESTRE et MÉRY (*Soc. méd. des hôp., 8 février 1895*).

Ce travail repose sur deux séries d'observations. Les premières ont été recueillies chez des malades soumis au traitement local (liquide de Gaucher, stérésol, etc.). Dans 15 cas, résultats positifs à l'entrée ; après la disparition des fausses membranes, 4 enfants ont gardé des bacilles virulents du pharynx de 6 à 15 jours ; il y a eu des cultures négatives intermédiaires à des cultures positives ; dans deux cas les cultures de la gorge étaient négatives, mais celles du mucus nasal ont été positives, jusqu'à 38 jours après la sortie de l'hôpital.

La seconde série se compose d'enfants traités par le sérum, 10 résultats positifs à l'entrée ; dans 3 cas, résultats négatifs aussitôt après la disparition des fausses membranes ; dans 4 cas, cultures avec des bacilles non virulents ; dans 3 cas, bacilles virulents pendant 12 jours.

Sevestre conclut que dans les deux séries, la persistance du bacille est sensiblement égale ; le plus souvent le bacille disparaît avec les fausses membranes ; le mucus nasal conserve les bacilles plus longtemps que le mucus pharyngé. Il en tire une série de conclusions hygiéniques et prophylactiques. H. L.

Trois mois de sérothérapie et d'intubation à l'hôpital des Enfants malades, par LEBRETON et MAGDELAINE (*Soc. méd. des hôp., 1er février 1895*).

Tout enfant entré au pavillon recevait une injection de sérum, il n'y a eu aucun cas de contagion intérieure, aucun traitement local n'a accompagné la sérothérapie, sauf deux lavages avec la liqueur de Labarraque à 50 0/00. Sur 330 enfants. dont 258 atteints de diphtérie il y eu 31 morts, soit 12 0/0; en retirant 8 cas de mort dans les 24 heures après l'entrée, il y a eu 23 décès, soit 9,6 0/0. Sur 24 trachéotomies, 9 décès, soit 37,5 0/0.

Les éruptions ont été très diverses, et tiennent au sérum injecté ; elles paraissent par séries ; elles paraissent 8 à 11 jours après l'injection. Sur 70 cas elle a été 54 fois ortiée, 12 fois scarlatiniforme, 2 fois rubéolique, 2 fois polymorphe.

Les auteurs ont pratiqué 60 intubations, dont 51 pour vrais croups, avec 14 décès, dont 7 moins de 24 heures après l'entrée à l'hôpital ; 5 fois il a fallu trachéotomiser après tubage.

L'intubation nécessite la présence à demeure d'un médecin habitué à l'opération ; l'introduction du tube se fait sans danger ; le fil ne doit rester que chez les tout jeunes enfants, l'extraction est plus délicate.

H. L.

Beiträge zur Statistik der Heilserumtherapie gegen Diphtherie, par A. GOTTSTEIN (*Therap. Monats.*, *p. 231, mai 1895*).

Long mémoire contre la sérothérapie. Il ne faut pas se fier aux statistiques donnant le pourcentage des cas mortels. Depuis que l'on parle de cette nouvelle méthode, les cas de diphtérie ont augmenté dans d'énormes proportions. Mais, si l'on étudie la mortalité globale par diphtérie dans les villes (Berlin, Heidelberg), on constate que celle-ci est, en 1894, supérieure à la moyenne des années précédentes. PAUL TISSIER.

Erfahrungen über das Heilserums (Sur le sérum thérapeutique), par O. KOTHS (*Therap. Monats.*, *p. 183, avril 1895*).

La mortalité des sujets traités par le sérum de Behring fut de 30, 77 0/0 chez les trachéotomisés, de 9,1 0/0 chez les non trachéotomisés; résultats un peu plus mauvais que ceux de 1891 avec 25 0/0 et 0,9 0/0 de mortalité. Il semble bien certain que le sérum thérapeutique exerce une action favorable sur le processus local. La sérothérapie dispense du traitement local. Elle ne prévient pas les complications secondaires : affections du cœur, des reins, paralysies.

Les résultats thérapeutiques des injections dans les deux premiers jours sont les mêmes que ceux des autres médications, sauf lorsque les malades sont traités dans les deux premiers jours de la maladie. Dans les cas de diphtérie grave, compliqués de broncho-pneumonie aiguë, de tuberculose, de pneumonie caséeuse avec bronchiectasie, on trouva à l'autopsie des sujets sérothérapisés de la myocardite avec thromboses du ventricule droit (1 cas), de la pneumonie hémorragique (2 cas) et des hémorragies sous-pleurales (1 cas). PAUL TISSIER.

I. — **Weitere Erfahrungen mit dem Diphtherieserum (Nouvelles expériences avec le sérum diphtérique), par v. RANKE** (*Münchener med. Woch.*, *n° 8, p. 157, 1895*).

II. — **Peptonurie nach Serumbehandlung der Diphtheritis, par HECKEL** (*Ibid.*, *8, p. 159, 1895*).

I. — Les résultats statistiques suivants ont été obtenus par Ranke à la clinique pédiatique de Munich du 24 septembre au 6 février 1895. Tandis que dans les années précédentes la mortalité totale de diphtérie oscillait entre 42,2 et 57° 0/0, elle tombe à 18,7 0/0. Pour les croups seuls elle était de 60,3 à 75,4 0/0, et elle est tombée à 29,7 0/0. Si on considère le nombre de cas de diphtérie opérés, on trouve : 57 0/0 immédiatement avant et 43,5 pendant la période d'emploi de ce procédé.

II. — Dans 5 cas de diphtérie et 1 où il s'agissait de faire une immunisation, l'auteur a observé une peptonurie passagère. L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse là d'un fait pathologique, mais du résultat physiologique même de l'injection de sérum, car l'enfant immunisé n'a eu aucun autre trouble que la peptonurie. On en reporte la cause dans les albumines étrangères infectées et dans la leucocytose phagocytaire provoquée par le remède. C. LUZET.

I. — Mittheilungen über Diphtherie...... (Discussion sur la diphtérie et la sérothérapie à la Société médicale de Berlin) (*Deutsche med. Woch., 1 et 2, 1895*).

II. — Mittheilungen aus der Praxis über die Heilserumbehandlung der Diphtherie, par Victor HABEL (*Ibid., n° 1, 1894*).

III. — Ueber 100 mit Behring's Heilserum behandelte Fälle von Diphtherie, par WIDERHOFER (*Ibid., n° 2, 1894*).

IV. — Diphtherierecidiv bei Behandlung mit Behring's Heilserum, par Carl GÖBEL (*Ibid., n° 2, p. 29, 1895*).

V. — Die serumbehandlung der Diphtherie, par O. SOLTMANN (*Ibid., n° 4, p. 53, 1895*).

VI. — Diphtheritisepidemie, bekampft mit Behring'sserum, par RICHTER (*Ibid., n° 7, p. 115, 1895*).

VII. — Ein mit Behring'schem Heilserum geheilter Fall von Diphtherie mit hochgradiger Larynxstenose, par Th. LANGE (*Ibid., n° 7, p. 115, 1895*).

I. — *Ritter* rappelle ses recherches sur la position qu'occupe le bacille diphtéritique dans les fausses membranes, dans tous les cas de diphtérie de Bretonneau ; on doit trouver le bacille au début de la maladie, mais seulement au début. Contrairement aux assertions de Hansemann, il affirme l'identité de la diphtérie lœfflérienne chez l'homme et chez l'animal. La fréquence et la gravité des accidents causés par l'association du streptocoque avec le bacille de Lœffler, rend le plus souvent inefficaces les efforts tentés par la sérothérapie.

L'auteur consteste l'inocuité de la méthode sérothérapique et s'étonne, en particulier, que l'on ose injecter à un petit enfant un demi-décigramme d'acide phénique, c'est-à-dire la moitié de la dose maximum permise pour un adulte. Depuis 2 ans, sur 91 enfants qui lui ont été apportés au début de leur diphtérie, l'auteur n'en a pas perdu un seul, et sur 387 cas vérifiés au point de vue bactériologique, la mortalité a été de 18,5 sur 100 ; mais ces chiffres sont trop faibles pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Hahn a eu, à Friedrichshain, dans le service de la dipthérie de 1880 à 1894, 4,571 malades, dont 2,550 sont sortis guéris. La mortalité qui était de 56 0/0 de 1780 à 1883 est tombée à 38 dans les trois dernières années ; elle a été de 34 0/0 en 1888 et de 32 en 1889. En 1894, de février à novembre, 205 malades sur 466 ont été injectés ; la mortalité totale a été de 33 0/0 : pour les injectés, 24 0/0 ; pour les non injectés, 41 0/0. Il résulte de cette statistique, que la mortalité de l'hopital de Friedrichshain n'a pas notablement diminué par rapport aux dernières années, malgré l'introduction du sérum dans le traitement.

Arhonson a eu une mortalité de 14 0/0, sur 190 cas, dans l'hopital des Enfants de l'empereur Frédéric ; cette observation porte sur 4 mois et demi. Immédiatement après la cessation du sérum, la mortalité est remontée de 40 à 50 0/0. Scheinmann est d'avis que la présence du bacille de Lœffler dans une angine ou dans une rhinite ne comporte pas, par lui-même, un pronostic plus grave ; pour lui, tant que la statistique n'aura pas établi que la mortalité des cas graves au point de vue clinique,

diminue par la sérothérapie, il sera porté à admettre que l'amélioration des statistiques provient de l'introduction de nombreux cas reconnus bénins par l'examen bactériologique.

Liebreich fait remarquer que la mortalité en ville pour les cas traités à domicile est de 12 0/0, et que le chiffre de 50 0/0 observé à l'hôpital provient de ce que la statistique ne porte que sur des cas graves ; il est naturel qu'elle s'abaisse alors que maintenant, entrainés par la vogue du sérum, les cas légers y sont aussi transportés ; il y a donc là un élément qui fausse la valeur des statistiques.

Hansemann revient sur sa communication. Il maintient en particulier que la paralysie diphtérique ne présente rien de spécifique, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique. On l'observe, par exemple, chez le rat à la suite de l'infection par le streptocoque pyogène et la polyneurite constatée dans la paralysie dipthérique, s'observe aussi avec d'autres poisons.

Au point de vue du diagnostic, on tourne, dit Hansemann, dans un cercle vicieux : on n'admet comme cas diphériques purs que ceux guéris par le sérum ; il est facile ainsi d'arriver à une statistique de 100 0/0, et si la guérison fait défaut, on accuse la faiblesse des doses comme le fait Arhonson qui arrive à des doses 4 et 5 fois plus fortes.

Les accidents consécutifs au sérum ne sont pas dus à l'acide phénique qui a déjà été employé en injection sans inconvénient à des doses beaucoup plus fortes, dans l'érysipèle par exemple.

II. — Il s'agit d'accidents survenus chez un enfant de 11 ans, 11 jours après l'injection. Les accidents débutent par un exanthème rappelant l'urticaire géante ; gonflement de la face jusqu'à occlusion des yeux. Cet érythème disparaît après 2 jours et ce n'est qu'à ce moment que la fièvre paraît et se prolonge pendant 5 jours ; elle s'accompagne de douleurs rhumatoïdes et de prostration. L'enfant avait reçu le contenu d'un flacon nº 2 de sérum de Behring.

III. — Widerhofer publie le résultat des 100 premiers cas de dipthérie traités par le sérum de Behring pendant les mois d'octobre et de novembre à l'hôpital des Enfants de Sainte-Anne, à Vienne. Le résultat du traitement a été une mortalité de 24 0/0, les cas graves étaient seuls traités par le sérum. Le bacille de Lœffler a été rétrouvé 96 fois ; 2 fois on n'a pu le constater, 2 autres fois on n'a pas eu le temps de le chercher. La prédominance des streptocoques sur les bacilles de Lœffler a été 7 fois. 4 de ces cas sont morts.

La mortalité pendant les mois d'octobre et de novembre avait été, en 1891, de 34,2 0/0 ; en 1892, de 39,8 0/0; en 1893, 44,6 0/0.

En résumé, l'action curative du sérum de Behring ne fait aucun doute pour Widerhofer. Les cas où elle se montre d'une manière plus éclatante sont ceux de la dipthérie graves, traités dans les 3 premiers jours. Au delà du 3e ou 4e jour, l'action est douteuse. Les cas d'extension au larynx, même avec début de sténose, sont fréquemment améliorés, mais lorsque le processus diphtérique s'étend au-delà du larynx, l'action du sérum est nulle. Les 24 autopsies, faites par Holisco, montrent que le sérum n'a aucune action nuisible sur l'organisme infantile. L'auteur n'a observé aucun des accidents consécutifs, sauf des érythèmes ; il ne peut se prononcer sur la valeur des injections prophylactiques.

IV. — Dans les 2 cas observés par Gœbel, il s'agit de diphtérie grave traitée avec des doses de 1,000 à 1,500 unités et chez lesquels la récidive s'est produite après un intervalle de 28 à 40 jours. Un seul de ces 2 cas a été vérifié au microscope.

V. — 193 cas de diphtérie vraie ont été traités à l'hôpital de Leipzig, du 1er avril au 31 décembre 1894. La mortalité a été de 50, soit 27 0/0. Dans les quatre premiers mois où le traitement par le sérum n'a été appliqué qu'à la moitié des enfants, la mortalité a été de 39,8 0/0. Dans les cinq derniers mois où la plupart des enfants ont reçu des injections, la mortalité a été de 18 0/0. Les intubations ont donné 39 morts sur 82 cas, soit 47,6 0/0 : dans ce nombre, les injectés ont donné une mortalité de 27 0/0 et les non injectés de 68 0/0, mais ces chiffres ne sont pas entièrement imputables à l'action du sérum, le caractère de l'épidémie étant bien plus grave pendant les quatre premiers mois que pendant les cinq derniers.

Les résultats généralement décrits du traitement par le sérum n'ont pas été observés ; ainsi le détachement des membranes siégeant dans le nez, le pharynx, le larynx, la régression rapide des phénomèmes bronchitiques et dyspnéiques, la chute rapide de la température, l'accroissement de force du pouls n'ont été constatés que dans un très petit nombre de cas.

Au contraire, on a observé fréquemment la marche descendante du processus avec envahissement des bronches capillaires et des alvéoles ; la transformation des fausses membranes en une bouillie liquide dans le genre de ce qui a été observé avec le néfaste traitement par la pilocarpine ; l'élévation de la température se prolongeait de 6 à 14 jours après l'injection ; on a noté 4 fois des phénomènes de collapsus rapide et mortel après les injections.

Au point de vue de l'albuminurie, les exanthèmes et les paralysies post-diphtéritiques, l'action du sérum reste douteuse. Les injections précoces n'ont pas donné de brillants résultats : 6 morts sur 13 cas injectés dans les six premiers jours. D'autre part, des enfants injectés au 6e, 8e et même 10e jour ont été sauvés.

Enfin, au point de vue anatomo-pathologique, Soltmann déclare qu'il n'a jamais rencontré, hors du traitement par le sérum dans la diphtérie, des dégénérescences aussi avancées du cœur, du rein et du foie. Il reproche à Behring d'introduire, dans son sérum, une proportion d'acide phénique (0,5 p. 0/0) qui ne peut être considérée comme une quantité négligeable, étant donné l'âge des enfants et la quantité de liquide employé à chaque injection.

VI. — Le petit village de Mielenz est le siège pendant les mois d'août, septembre et octobre 1894 d'une épidémie de diphtérie qui, sur 400 habitants, en frappe 31 et en emporte 6. En novembre, l'autorité, prévenue, ferme l'école qui est le centre de l'épidémie et fait pratiquer 6 injections curatives et 72 injections prophylactiques.

A partir de ce moment, l'épidémie disparaît complètement ; cependant, vers le milieu de janvier, un enfant rapporte de Dantzig le germe diphtéritique à Mielenz, et 7 des enfants enfants inoculés préventivement en novembre, c'est à-dire 9 semaines auparavant, sont atteints de diphtérie légère.

VII. — Il s'agit d'un cas de diphtérie laryngée arrivé à la dernière période. L'enfant est âgé de 4 ans, malade depuis 3 jours; le tirage et l'état général sont tels que la trachéotomie semble indispensable; néanmoins une seule injection de sérum de Behring n° 2 détermina au bout de quelques heures l'expulsion d'une grande quantité de membranes et la guérison est rapide.

H. DE BRINON.

Risultati ottenuti mediante la cura collo siero del Behring in alcuni casi di crup e di difterite, par L. BACCHI (*Bollettino med. sc. di Bologna, VI, mars et avril 1895*).

Relation détaillée de 22 cas de diphtérie traités par le sérum, 17 de diphtérie pure, 6 de diphtérie avec association microbienne; 6 cas d'angine, 13 cas d'angine et laryngite, 3 de croup d'emblée. Sur ce total de 22 cas, il n'y eut qu'une mort par accidents septiques. A. CARTAZ.

Des élévations de température produites par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, par DEBOVE et BRUHL (*Soc. méd. des hôp., 22 mars 1895*).

Les auteurs employaient une solution de : eau 1,000 grammes, sulfate de soude et chlorure de sodium, ââ, 5 grammes; ils injectaient une quantité variable entre 10 et 750 centimètres cubes, en moyenne 300. Ils ont, dans 48 cas sur 50, constaté une élévation thermique, qui 19 fois a dépassé 1°,5, 31 fois 1°, 45 fois 0°,5. Cette fièvre, souvent non sentie par le malade, ne dure pas 24 heures et a son maximum au bout de 6 à 10 heures. Il se fait une accoutumance et au bout de 4 à 5 injections le malade ne réagit plus. H. L.

Les effets des injections sous-cutanées chez les enfants tuberculeux, par HUTINEL (*Soc. méd. des hôp., 15 mars 1895*).

Hutinel a toujours obtenu chez les enfants tuberculeux, la réaction classique de la tuberculine en employant des doses progressives de 1/20 à 4/10 de milligramme, et ce sans accident. Il a constaté en outre que des injections avec le simple sérum de Hayem (chlorure de sodium 7 gr. p. 1000 d'eau distillée) provoquait chez certains enfants une réaction fébrile de 1 à 2 degrés 1/2 dont le cycle durait 24 heures; sur 176 enfants, il a eu 36 fois cette réaction, 30 avaient une tuberculose constatée à l'autopsie, ou cliniquement certaine; 6 avaient de graves lésions de l'intestin ou du poumon. Ces injections peuvent amener en outre des fluxions perituberculeuses superficielles ou viscérales; elles peuvent donc être dangereuses. H. L.

I. — Application de la sérumthérapie au traitement de quelques affections streptococciques, par CHARRIN et ROGER (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

II. — Le sérum antistreptococcique, par MARMOREK (*Ibid., 30 mars 1895*).

I. — On injecte 96^{gr} de sérum anti-streptococcique en 4 jours à une malade atteinte de fièvre puerpérale. On constate une prompte amélioration de l'état général, convalescence courte, guérison. Second cas : érysipèle chez un enfant de 21 jours, débile, guérison rapide en 8 jours. Troisième cas : angine pseudo-membraneuse chez une accouchée, avec état général grave. Trois injections de 30 grammes de sérum en 2 jours :

guérison. Conclusion : action curative probable, innocuité certaine du sérum.

II. — Des chevaux, ânes, moutons sont immunisés contre un streptocoque très virulent. Le sérum de ces animaux est préventif et curatif sur le lapin. On l'injecte à des malades atteints d'érysipèle grave (46 cas). Tous les malades ont guéri rapidement. La température baissait 24 heures après l'injection de 5^{cc},20 de sérum ; l'état normal s'améliorait et l'albumine disparaissait : il y avait desquamation des plaques et disparition de l'inflammation locale. DASTRE.

Essai d'application de la sérumthérapie au traitement de la fièvre puerpérale, par CHARRIN et ROGER (*Soc. de biol., 23 février 1895*).

Nissen (1889) a montré que la bactéridie charbonneuse poussait mal dans les humeurs des vaccinés. Charrin et Roger (1889) ont ensuite prouvé que le sérum des animaux vaccinés a la triple propriété de retarder le développement des bactéries, de modifier leurs formes, de troubler leurs fonctions, et enfin de dépouiller les microbes de leur virulence (1890). Le sérum des animaux vaccinés contre le streptocoque peut atténuer le virus et combattre son développement chez le lapin. (Roger 1892, Mironoff 1893.) Les auteurs immunisent un mulet par 8 injections de 30 centimètres cubes de culture stérilisée en 4 mois. Puis ils recueillent le sérum de l'injection et l'injectent à une femme atteinte de fièvre puerpérale. La femme a guéri. DASTRE.

L'ichtyol dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par G. SCARPA (*Giorn. delia R. Accad. di med. Torino, n°s 3-4, p. 187, 1895*).

Les essais de Scarpa ont porté sur 150 cas de phtisie pulmonaire ; il s'est servi d'une solution au tiers dont il faisait prendre 180 à 200 gouttes par jour, diluées dans une grande quantité d'eau (300 à 500 cc.). Jamais il n'a observé d'intolérance. La dose initiale était de 20 gouttes par jour, puis la dose était augmentée successivement de 10 gouttes par jour, jusqu'à la dose maxima indiquée.

Les effets constatés ont été les suivants : au bout de peu de jours, 5 à 12 en moyenne, diminution de la toux, modification de l'expectoration qui devient plus fluide, blanchâtre, moins abondante, et perd le caractère de purulence. En même temps ou peu après diminution puis disparition des sueurs et de la fièvre qui devient d'abord rémittente, puis intermittente avec de longues périodes d'apyrexie et finalement disparaît tout à fait. Quand le malade a déjà atteint la dose de 60 à 80 gouttes par jour de la solution, commencent aussi à se manifester des signes d'amélioration dans l'état général, le relèvement de l'appétit, des forces ; l'amélioration a été telle chez 17 malades qu'on a pu la considérer comme une « guérison clinique apparente ».

57 fois les crachats ont été examinés ; on a relevé la disparition des bacilles dans 13 cas et une diminution très notable dans les autres cas.

Scarpa établit un parallèle entre l'action de l'ichtyol et celle du gaïacol et de la créosote et montre que l'ichtyol agit d'abord sur l'état local tandis que le gaïacol et la créosote ne déterminent primitivement qu'une amélioration de l'état général. D'autre part l'ichtyol n'a point sur le

cœur cette action nocive qu'exercent à doses un peu élevées les médicaments précités.

En résumé Scarpa conclut que l'ichtyol est un remède très utile pour le traitement de la tuberculose pulmonaire ; s'il n'est pas plus que les autres un spécifique, il constitue un moyen auxiliaire précieux du traitement hygiénique.

G. LYON.

Action du fluorure de sodium dans la tuberculose infantile, par BOURGEOIS (*Bull. Acad. de méd., Belgique, n° 11, p. 874, 1894*).

L'auteur rapporte 9 observations de guérison de tuberculose (?) chez des enfants par l'usage interne de fluorure de sodium. La dose quotidienne est de 1 à 5 milligrammes pris par fractions. Quand les effets du fluorure se sont manifestés, on continue le médicament en en abaissant la dose. L'administration du fluorure de sodium n'a pas d'inconvénients ; c'est un médicament bien supporté par les enfants et inoffensif.

Crocq confirme l'innocuité du médicament et dit l'avoir administré sans inconvénients chez les adultes à la dose de $0^{gr},50$ à 2 grammes.

LEFLAIVE.

The treatment of respiratory affections by means of large medicinal injections through the larynx, par Colin CAMPBELL (*Brit. med. Journ., p. 1238, 1er décembre 1894*).

Campbell a employé sur une large échelle la méthode des injections intratrachéales de Rosenberg, et il emploie la solution suivante : gaïacol 2 grammes, menthol 10 grammes, huile d'olive 88 grammes. On peut substituer la glycérine à l'huile comme véhicule. Pour les hémoptysies, un mélange d'huile et de térébenthine s'est montré très efficace. Les tableaux annexés au mémoire de l'auteur montrent que dans la phtisie beaucoup de symptômes s'amendent, sans que les bacilles disparaissent : l'expectoration est surtout modifiée. C'est dans [les cas où les crachats sont abondants et fétides que l'on obtient les meilleurs résultats de la méthode.

H. R.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza, par A. MOSSÉ (*Revue de méd., 10 mars 1895*).

Le travail présenté par Mossé apporte d'après lui la preuve *expérimentale*, qui n'avait pas été faite jusqu'ici, de l'efficacité du sulfate de quinine contre l'infection grippale. En injectant à des lapins du sang de sujets atteints de grippe, il a constaté que le lapin quinisé résiste bien à l'inoculation grippale, tandis que le témoin contracte rapidement une affection analogue à la grippe de l'homme et ne se remet que lentement.

L'introduction dans le sang du lapin du microorganisme, actuellement considéré comme l'agent pathogène de l'influenza, a déterminé des troubles analogues à ceux qu'on observe dans cette maladie. La quinine injectée avant le virus dans les veines d'un autre lapin a suffi à mettre celui-ci à l'abri de ces troubles.

Mossé se range à l'opinion qui tend à établir que très rarement le bacille de l'influenza se trouve dans le sang ; par conséquent l'état

général des influenzés résulterait d'une intoxication par les toxines sécrétées par ce microbe d'abord localisé dans une région plus ou moins circonscrite de l'économie (muqueuse des voies aériennes supérieures, bronches dans l'opinion de Pfeiffer.)

Le sang du lapin ne paraît pas un milieu très favorable au développement du bacille de l'influenza, puisqu'on ne l'y retrouve qu'en petit nombre peu de jours après l'avoir injecté. La présence de la quinine dans le sang rend encore ce milieu moins favorable à la vie du microbe de Pfeiffer.

Comme principales applications cliniques, l'auteur pense que la quinine, directement ou indirectement, exerce une action préventive et une action frénatrice sur les manifestations de l'infection grippale. Les désaccords entre les auteurs à cet égard viennent peut-être de l'insuffisance des doses administrées et des circonstances différentes dans lesquelles les observateurs se sont trouvés placés.

Si ces infections se réalisent, il importe, en particulier dans les infections pneumococciques graves, pulmonaires ou autres, de tenter sans retard, d'apporter à l'organisme défaillant l'aide efficace que la quinine paraît susceptible de lui fournir. Dans ces cas les injections hypodermiques de quinine sont indiquées. C. GIRAUDEAU.

Des effets de l'administration de la lévulose et de l'inuline dans le diabète sucré par W. HALE WHITE (*Guy's hosp. Rep., IV, p. 133*).

Conclusion :

1° Si l'on administre de grandes quantités de lévulose, il en passe un peu dans l'urine ;

2° Dans aucun cas, la lévulose n'a les pernicieux effets des autres hydrates de carbone et n'augmente la quantité de sucre excrétée au delà de la dose administrée ;

3° Le total du sucre excrété est d'ordinaire plus élevé, mais il peut aussi s'abaisser ;

4° Dans plusieurs cas, le sucre excrété ne correspond même pas à toute la lévulose administrée, preuve qu'une partie de celle-ci est utilisée par l'organisme ;

5° Plus on donne de lévulose, moins on trouve d'augmentation du sucre, proportions gardées ;

6° Dans certains cas exceptionnels pourtant, la dextrose semble mieux assimilée que la lévulose ;

7° Aucun des malades ne souffrit de l'administration de la lévulose, quelques-uns gagnèrent du poids ;

8° Une petite quantité de tubercules de dalhia (qui contiennent de l'inuline et non de l'amidon) est probablement sans inconvénient pour les diabétiques ;

9° La lévulose n'a pas d'influence sur la sécrétion de l'urée ;

10° La quantité d'urine excrétée suit les variations du sucre. H. R.

Un nouveau traitement du diabète, par R. LÉPINE (*Semaine méd., 24 avril 1895*).

L. a employé le ferment glycolytique qu'il a pu obtenir par l'hydratation de la diastase du malt, dans quatre cas de diabète. Le ferment

obtenu par son procédé est très dilué et n'a pas une énergie considérable; cependant les résultats ont été très nets si l'on tient compte qu'il s'agissait de cas graves, complexes et de malades suivant indocilement le régime.

Obs. 1. — Femme de 64 ans, très amaigrie, névralgie sciatique; émission d'urine en 24 heures, 2 litres 300 grammes; sucre, 100 à 150 grammes. Sous l'influence de divers traitements, sucre, 100 grammes. Administration d'un litre de solution de ferment; sucre, 70 grammes. Suppression du ferment, sucre, 131 grammes; reprise du ferment, sucre, 81 grammes.

Obs. 2. — Homme, diabétique gras, a eu jusqu'à 6 litres d'urine. Avant le traitement, sucre, 41 grammes; après ingestion de 100 grammes de glucose, sucre, 50 gr. Durant le traitement par le ferment, sucre, 11 grammes.

Obs. 3. — Femme 48 ans. Avant le traitement, sucre, 116 grammes; pendant le traitement, 80 grammes.

Obs. 4. — Femme de 47 ans, 257 grammes de sucre; pendant le traitement, premiers jours, 124 grammes; derniers jours, 163 grammes; après la suppression du traitement, 262 grammes.

Les résultats sont assez démonstratifs bien que l'effet n'ait été que temporaire. A. CARTAZ.

Notes on diabetes treated with extract and by grafts of sheeps pancreas (Diabète traité par la greffe et l'ingestion de pancréas de mouton), par WATSON WILLIAMS (*Brit. med. Journ., p. 1303, 8 décembre 1894*).

Relation détaillée d'un cas de diabète à marche rapide chez un enfant de 15 ans, avec amaigrissement extrême et soif vive. Le traitement, suivi avec persévérance, consista en ingestion de pancréas de mouton, puis en injections sous-cutanées de liquides organiques pancréatiques : enfin, on essaya directement la greffe de fragment frais du pancréas de mouton. L'enfant ne parut nullement modifié, et succomba dans le coma. L'autopsie montra cependant que la lésion du pancréas existait réellement : il y avait une sclérose atrophique complète de la glande.

Dans une seconde observation, concernant un adulte, le traitement pancréatique se montra inefficace; le malade guérit cependant à la longue, mais par le seul régime et sans aucune médication spéciale. H. R.

Traitement de la péritonite tuberculeuse, par BEEK (*Therapeutic Gazette, 15 juin 1895*).

Beek a employé, dans cette affection, des injections intra-péritonéales de glycérine iodoformée au dixième. Il n'y eut qu'un cas de mort sur cinq malades traités de cette façon. R. FAURE-MILLER.

I. — Ueber Myxödem und über Entfettungscuren..... (Traitement du myxœdème et de l'obésité par l'extrait de glande thyroïde), par Otto LEICHTENSTERN (*Deutsche med. Woch., n° 50, p. 932 et 934, 1894*).

II. — Ueber Entfettungscuren....., par WENDELSTADT (*Ibidem*).

Leichtenstern et Wendelstadt ont employé, chacun de leur côté, l'extrait de glande thyroïde dans le traitement de l'obésité, se servant des tablettes anglaises de Burroughs, en commençant par les doses de 1 à 2 tablettes par jour, pendant une semaine et augmentant jusqu'à 4 tablettes par jour. Les malades n'étaient astreints à aucun régime spécial.

Sur 27 malades observés par le premier, 24 ont obtenu une diminution de poids considérable variant de 3 à 9 kilogrammes dans un espace de 4 à 6 semaines.

Des 25 malades traités par le second, 22 ont également obtenu une amélioration marquée, 3 seulement ont résisté au traitement.

La diminution de poids est surtout marquée pendant la 1re semaine; elle va ensuite en diminuant malgré l'augmentation des doses; au bout d'un certain temps, la diminution s'arrête complètement, le médicament paraissant avoir épuisé toute son action. Les malades atteints de tachycardie doivent être exclus de ce traitement. Les auteurs n'ont observé aucun inconvénient pendant toute la durée de la cure. H. DE BRINON.

Ueber die Wismuthbehandlung des runden Magengeschwüres (Sur le traitement par le bismuth de l'ulcère rond de l'estomac), par SAVELIEFF (*Therap. Monats., n° 10, p. 485, octobre 1894*).

S. a employé le bismuth dans l'ulcère de l'estomac d'une façon systématique. Il faisait prendre à ses malades à jeun 10 grammes de bismuth en suspension dans 200 grammes d'eau. Il faisait ensuite rester les malades au lit le siège levé. Ses malades ont pris en moyenne 200 grammes de bismuth en suivant un régime progressif. Dans tous les cas, sauf un, où il s'agissait peut-être d'un cancer, il vit disparaître complètement tous les symptômes pénibles au bout de quelques semaines. La plupart de ses malades, au nombre de 10, avaient auparavant été traités inutilement par les procédés habituels. A noter qu'au lieu de produire la constipation, le bismuth favorise les garde-robes. Malheureusement, le traitement au bismuth ne prévient pas la récidive. PAUL TISSIER.

Influence du régime lacté sur les fermentations intestinales chez l'homme sain, par F. SKORODOUMOFF (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Expériences sur 10 hommes faites en trois périodes de 4 jours: période préparatoire, période de régime lacté, période de contrôle. Les méthodes et procédés d'analyses, ainsi que toutes les conditions expérimentales sont celles qu'on emploie depuis de nombreuses années dans le service de Tchoudnowski.

1° La quantité des produits d'oxydation incomplète, ainsi que des leucomaïnes dans l'urine est diminuée; cette diminution est surtout marquée, quand la diète lactée est absolue;

2° La quantité du soufre dans l'urine est diminuée dans le régime lacté exclusif, mais elle est augmentée dans tout autre régime lacté mitigé;

3° La quantité de soufre neutre dans l'urine est augmentée dans tous les cas de régime lacté;

4° La quantité absolue des acides éthéro-sulfuriques est diminuée, surtout dans le régime lacté exclusif; quant au rapport entre l'acide sulfurique préformé et les acides éthéro-sulfuriques, celui-ci est diminué dans le régime lacté absolu et augmenté dans les autres régimes contenant du lait;

5° Le poids du corps diminue.

On peut donc dire que les fermentations intestinales sont diminuées

dans tous les cas de diète lactée, mais que le rapport *a : b* adopté comme indice ou mesure de fermentations ne conserve toute sa valeur qu'à la condition expresse que l'alimentation ne soit pas sujette à des variations brusques ; dans le cas contraire, le chiffre absolu des acides éthéro-sulfuriques est préférable comme indice des fermentations intestinales.

H. FRENKEL.

La transillumination de l'estomac, par A. MELTZING (*Zeitschr. für klin. Med., XXVII, p. 411*).

M. a étudié la transillumination de l'estomac : 1° dans l'ectasie par rétrécissement pylorique. Le seul symptôme de quelque valeur est la dilatation de la partie de l'estomac correspondant au pylore avec arrêt brusque de la zone lumineuse se prolongeant peu vers la droite.

2° Dans l'ectasie par insuffisance motrice, tout se réduit à l'appréciation du peu de changement de la zone lumineuse à jeun et après un repas copieux.

3° Dans le cancer de l'estomac. La transillumination permet souvent de préciser le siège, la situation d'un cancer, cela surtout pour le cancer du pylore sans adhérences et souvent très dévié vers la droite. On reconnaît parfois aisément des tumeurs qui échappent à la palpation.

4° Dans la gastroptose, la transillumination aide à déterminer la situation de la petite courbure, importante pour le diagnostic avec la mégalogastrie et l'ectasie. Souvent aussi on arrive à éclairer la partie de l'estomac engagée dans l'hypocondre gauche. A. F. PLICQUE.

I. — Traitement électrique des vomissements de la grossesse, par CHAMPETIER DE RIBES (*Soc. méd. des hôp., 8 mars 1895*).

II. — Traitement par l'électrisation des vomissements nerveux et principalement des vomissements de la grossesse, par LARAT et GAUTIER (*Revue de thérap. méd.-chirurgicale, VIII, p. 242, 1895*).

I et II. — D'après Larat et Gautier, l'électrisation galvanique est le meilleur mode de traitement des vomissements nerveux. Le sens du courant est fort important, quelle qu'en soit l'explication physiologique. C'est au courant descendant que l'on doit avoir recours : le pôle positif sera appliqué au-dessus de la clavicule entre les chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien ; cette électrode positive, de la dimension d'une pièce de 2 francs, sera soit un tampon en charbon recouvert d'agaric et de peau de chamois bien imbibée d'eau tiède, soit une plaque d'étain pareillement revêtue et de dimensions analogues. L'électrode négative, plus large, 9 à 13 centimètres, sera placée au niveau du creux épigastrique.

Le courant doit être faible : 8 à 10 milliampères sont presque toujours suffisants. Il faut prendre la précaution, à la fermeture et à l'ouverture du courant, d'augmenter l'intensité et de la diminuer très lentement, dans la crainte de provoquer l'excitation, surtout au courant d'ouverture (extra-courant de rupture). Dans ce but, il faut avoir une pile pourvue d'un rhéostat et d'un collecteur.

La séance devra durer de 1/4 d'heure à 1/2 heure. Elle devra être

répétée plusieurs fois par jour, dans le cas de vomissements tenaces. Au bout de 24 ou 48 heures les vomissements ont été guéris ou tout au moins atténués dans les cas traités par les auteurs.

Ch. de Ribes a obtenu également de bons résultats dans les vomissements de la grossesse. G. LYON.

Ueber die Wirkung einiger..... (De l'action de quelques albumoses en injections sous-cutanées, sur l'organisme animal, spécialement sur celui qui est infecté par la tuberculose), par MATTHES (*Deut. Arch. f. klin. Med., LIV, p. 39*).

L'auteur admet, d'après ses expériences, que les diverses albumoses, injectées tant à l'homme qu'aux animaux peuvent produire toutes les réactions de la tuberculine et que l'action de la tuberculine est due au moins en partie à une action des albumoses. C. LUZET.

Lysidine dans la goutte, par KLEMPERER et ZEISIG (*Zeitschr. für klin. Med., XXVII, p. 362*).

La lysidine (aéthénylathylendiamine en nomenclature chimique) a sur l'acide urique une action dissolvante extraordinaire, K. et Z. l'ont donnée à dose de 1 à 5 grammes par jour chez deux goutteux. La solution de lysidine au 20e doit être conservée dans un flacon noir. Après chaque cuillerée à bouche, le malade boit une certaine quantité d'eau gazeuse : Seltz ou Vichy. Le médicament est très bien supporté. Mais il n'a exercé d'action décisive ni sur les douleurs articulaires, ni sur le volume des tophus, ni sur l'élimination de l'acide urique. Peut-être réussirait-il mieux dans la gravelle? A.-F. PLICQUE.

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO (*Bull. gén. de thérap., 10e, 12e et 14e livraisons, p. 194, 256*).

Moncorvo a essayé l'asaprol sur plus de cent enfants affectés de maladies les plus diverses, aiguës ou chroniques. Le médicament fut administré depuis 25 centigrammes jusqu'à 3 grammes par 24 heures, presque toujours dilué dans de l'eau sucrée ou additionnée d'un sirop comme celui de tolu, de groseilles, etc.

Pour les lotions, les irrigations ou les lavages, il s'est toujours servi d'une solution aqueuse de 1 à 5 0/0.

Enfin pour les applications sur la peau ou sur la muqueuse nasale et bucco-pharyngienne il a eu recours, comme véhicule, soit à la vaseline, soit à un vernis.

A l'intérieur Moncorvo a donné l'asaprol dans des cas de malaria aiguë, de tuberculose et de broncho-pneumonie.

A l'extérieur il l'a employé dans différentes affections cutanées, ulcérations syphilitiques, impetigo, etc., et sur les muqueuses, dans les cas de rhinite syphilitique, de coqueluche (application d'une solution aqueuse à 1 0/0 sur l'épiglotte), de muguet. G. LYON.

I. — Die therapeutische Bedeutung der minimalen galvanischen Ströme, par Arthur SPERLING (*Berlin. klin. Woch., n° 18, p. 434, 30 avril 1894*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem, n° 19, p. 458, 7 mai 1894*).

III. — Ueber das Verhältniss der Elektrotherapie zur Suggestionstherapie, par S.-H. SCHEIBER (*Ibidem*, *n° 19*, *p. 448*, *n° 21*, *p. 495*, *et n° 22*, *p. 517; 7*, *21 et 28 mai 1894*).

I. — Les courants galvaniques très faibles, tels que ceux de cinq dixièmes de milliampère ou même de moins, possèdent une grande efficacité thérapeutique dans les cas appropriés et sont même supérieurs aux courants plus intenses qui sont irritants. L'application ne doit pas durer plus d'une minute, les séances doivent être séparées par des intervalles d'au moins 48 heures. Toute galvanisation, si faible que soit le courant, provoque en vertu de la loi de conservation des forces, une réaction de l'organisme.

II. — Les assertions de Sperling ont été vivement contestées à la Société médicale de Berlin : tour à tour Mendel, Remak, Oppenheim, Senator lui reprochent de faire le jeu de ceux qui assurent que l'électricité n'agit que par suggestion.

III. — L'émoi est grand parmi les électrothérapeutes, en Allemagne du moins, depuis que Mœbius a mis leurs succès sur le compte de la suggestion et que Rosenbach, renchérissant encore sur lui, a nié que l'électricité agisse même par suggestion et en a attribué tous les heureux résultats au cours naturel des choses, à la force médicatrice naturelle.

Scheiber relate un certain nombre de faits qu'il a traités par les courants électriques et qui sont de nature à entraîner la conviction que l'électrothérapie n'est ni complètement inefficace comme le laisse croire Rosenbach, ni simplement suggestive comme l'admet Mœbius. J. B.

Sur un nouveau mode d'emploi de la digitoxine et de la strophantine dans les cas graves de faiblesse cardiaque, par VAN AUBEL (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, *n° 9*, *p. 642*, *1894*).

La strophantine et, jusqu'à un certain point, la digitoxine peuvent, dans les cas graves d'adynamie cardiaque, être administrées en injection intra-veineuse.

Pour la digitoxine, son peu de solubilité nécessite l'emploi de la formule suivante :

Digitoxine	3 milligrammes.
Chloroforme	0,6 centimètre cube.
Alcool à 92°	7 centimètres cubes.
Solution physiologique	293 centimètres cubes.

Chez un chien chloralisé, un demi-milligramme de digitoxine élève la pression sanguine de 15 millimètres en 4 minutes ; une seconde dose l'élève de 30 millimètres en 12 minutes. La même solution à la même dose d'un demi-milligramme a été injectée dans deux cas de choléra grave algide (une mort, une guérison).

La strophantine, qui est très soluble, ne nécessite pas des injections aussi copieuses. Les expériences faites sur des chiens avec une solution à 1/1000e ont donné des résultats encourageants. La dose à employer serait d'un dixième de milligramme (un dixième de centimètre cube.)

LEFLAIVE.

Des effets thérapeutiques de la digitoxine, par MASIUS (*Bulletin Acad. de méd. de Belgique*, n° 6, p. 323, 1894).

La digitoxine (de Merck) a été expérimentée à la dose de 1 milligr. 1/2 par 24 heures dans la pneumonie, la fièvre typhoïde et les affections cardiaques. Elle agit sûrement, rapidement, énergiquement et ne produit guère de troubles gastriques. L'action sur la circulation se fait sentir quelquefois après 12 heures, plus souvent après 24 heures. Les effets, qui durent d'ordinaire 8 à 10 jours, sont : disparition de la cyanose et de gêne respiratoire, régularisation et ralentissement du pouls, diurèse qui peut aller jusqu'à 4 litres. Dans la pneumonie, il y a abaissement de la température, généralement au bout de 24 à 48 heures.

La digitaline Adrian (digitaline chloroformique cristallisée) a une action incertaine, lente et plus faible. La digitaline de Kiliani (digitalinum verum) n'a pas produit d'effet secondaire désagréable, mais a été peu efficace.

LEFLAIVE.

Sur l'action de la pipéradzine dans la diathèse urique, par M. NOJNIKOFF (*Journ. de méd. et d'hygiène russes, 1895*).

En se basant sur trois observations N. conclut : que la pipéradzine diminue l'acidité urinaire tout en augmentant la diurèse, qu'elle diminue la quantité d'acide urique et d'urée dans les urines. Chez l'homme sain, elle ne provoque pas d'albuminurie même à doses élevées, tandis que chez les albuminuriques elle entretient et aggrave l'albuminurie même à doses faibles; elle ne diminue pas la quantité des dépôts urinaires. Ce n'est donc pas là un agent thérapeutique puissant, bien qu'elle ne soit pas sans utilité dans certains cas, par exemple chez les arthritiques.

H. FRENKEL.

Methylviolett bei Cholera asiatica, par NEUFELD (*Münch. med. Woch.*, p. 1033, 1894).

L'emploi de la pyoctanine violette (0^{gr},1 toutes les 4 heures) a donné à Neufeld la statistique suivante :

Malades pris à la première période...... 68,58 0/0 guérisons.
Au début du stade d'algidité........... 62,50 0/0 —
Dans le stade algide.................... 14,54 0/0 —

Il en conclut que le violet de méthyle rétablit vite le processus bio-chimique dans le tube intestinal, qu'il agit comme analgésique sur les crampes et comme calmant sur le délire typhoïde du choléra. Il ralentit le cours de la maladie ou l'arrête complètement. Aussitôt après le second lavement au violet de méthyle il n'y a plus de bacilles virgules vivants dans le gros intestin.

C. LUZET.

Experimentelles und Casuistisches über..... (Valeur de l'injection d'une solution de sel marin dans l'anémie aiguë), par O. FEIS (*Archiv f. pathol. Anat., CXXXVIII, 1*).

Feis pratiqua sur des chiens et des lapins des saignées et leur injecta ensuite une solution de chlorure de sodium (6 grammes de chlorure de sodium dans 1 litre d'eau distillée).

Des expériences comparatives furent faites sur d'autres animaux, qui ne reçurent point d'injections de chlorure de sodium.

Les résultats de ces expériences sont les suivants : 1° Quand la perte de sang dépasse chez les chiens 5,4 0/0 du poids du corps, les animaux meurent avec ou sans injection de solution saline ;

2° Quand la perte de sang est de 5,09, un certain nombre d'animaux survit avec ou sans injection.

Quant aux lapins, ils meurent dès que la perte de sang dépasse 3 0/0 du poids du corps avec ou sans injection saline. Au contraire, lorsque perte de sang n'atteint pas le chiffre de 3 0/0, l'injection est inutile, car tous les animaux survivent.

Une fois que la respiration a commencé à s'arrêter chez l'animal auquel on vient d'enlever une certaine quantité de sang, l'injection d'une solution de chlorure de sodium n'est pas capable de prolonger la vie.

ÉD. RETTERER.

Nouvelles recherches sur les applications externes de la pilocarpine dans le traitement des néphrites, par H. MOLLIÈRE (*Broch. 22 p., Lyon, 1895*).

M. publie dans ce travail les résultats obtenus dans 50 cas de néphrites par le procédé d'onctions à la pilocarpine (Voy. *R. S. M.*, XLV, 105). Les néphrites aiguës donnent les meilleurs et les plus durables succès ; mais, même dans les néphrites chroniques, la diurèse s'établit en même temps que la diaphorèse locale, et l'albumine disparaît progressivement. La méthode n'est pas applicable dans l'urémie ; mais dès que par les moyens appropriés on a pu conjurer les accidents comateux, on peut y avoir recours. L'effet de cette médication est absolument indépendant des autres adjuvants (régime lacté, diurétique, etc.) ; comme l'auteur a pu s'en convaincre chez des malades exclusivement traités par la pilocarpine, la diaphorèse et la diurèse s'établissent d'emblée et rapidement. M. explique cette action si remarquable de la pilocarpine sur le rein par un réflexe médullaire amenant la vaso-dilatation du rein et exagérant l'activité des parties de cet organe indemnes ou peu atteintes. A. CARTAZ.

I. — Le massage, par Georges BERNE (*In-8° Paris, 1894*).

II. — Formulaire du massage, par NORSTRÖM (*Paris, 1895*).

III. — Technique du traitement manuel suédois, par Arvid KELLGREN, traduit par GARNAULT (*Paris, 1895*).

I. — Après un exposé de la technique opératoire, effleurage, pétrissage, pression, percussion, on trouvera étudiés avec soin dans ce manuel les nombreux états pathologiques, entorses, kystes, fractures, constipation, atrophies, maladie du nez et des oreilles, etc., où le massage peut être institué comme élément de traitement.

II. — Depuis quelques années, le massage ayant pris une extension que justifie sa réelle valeur dans certaines affections articulaires, musculaires, névralgiques et pelviennes, il est utile que le praticien sache où puiser de bonnes règles directrices de cet acte thérapeutique. A ce titre, le Formulaire ci-dessus rendra d'excellents services : brièvement écrit, il est toutefois complet.

III. — Quoique excellement traduit du suédois, par G., l'ouvrage de K. n'en est pas moins d'une lecture très difficile. Il ne saurait en effet être tenu pour un manuel de massage écrit pour les praticiens généraux, mais bien pour une étude minutieuse et destinée aux purs spécialistes de la technique des complexes manipulations du massage : effleurages, pétrissage, frictions, extension, secousses, et tout spécialement du massage vibratoire auquel plus de 50 pages sont consacrées. Un très grand nombre de figures accompagnent le texte dont elles facilitent quelque peu la compréhension. Dans la seconde partie de l'ouvrage sont relatées 33 observations de maladies les plus diverses traitées par le massage ! L'enthousiasme pour la méthode doit être pour beaucoup dans la plupart de ces diagnostics, car, avec la meilleure volonté du monde, on n'arrivera pas à comprendre le rôle d'un masseur auprès d'un malade atteint de diphtérie ou de péritonite. CART.

HYGIÈNE.

Recherches sur la valeur relative des différentes préparations vaccinales, par G. ANTONY (*Archives de méd. milit.*, *décembre 1893*, *et Revue d'hyg. et police sanit.*, *XVI*, *627*, *juillet 1894*).

1° *Choix du vaccin à inoculer aux bovidés.* Tous les vaccins ne sont pas inoffensifs pour les bovidés, attendu que les génisses, employées comme vaccinifères, sont des animaux extrêmement réceptifs pour le virus vaccinal. Les pulpes glycérinée ou desséchée sont généralement trop fortes, l'éruption vaccinale qu'elles donnent est plus rapide, les boutons s'entourent d'une auréole rouge, enflammée, infiltrée, œdémateuse ou ligneuse ; au lieu d'être d'un blanc nacré, les boutons tendent à la suppuration et deviennent d'un blanc jaunâtre, en même temps que les ganglions s'engorgent. La génisse perd l'appétit et sa température rectale s'élève de quelques dixièmes. Il vaut mieux se servir de lymphe défibrinée fraîche pour inoculer ces animaux. Les pustules vaccinales ainsi obtenues paraissent sèches et ne donnent aucun liquide à la pression, mais si on soulève l'épiderme et que l'on applique les pinces à forci-pressure, la lymphe suinte limpide, pauvre en leucocytes, mais riche en fibrine coagulable. La virulence des boutons est peut-être un peu inférieure à celle qu'on obtient par les inoculations de la pulpe, mais elle est très suffisante et surtout très égale. Depuis 4 ans on s'en sert à l'Institut vaccinogène du Val-de-Grâce.

2° *Choix du vaccin à inoculer à l'homme.* L'homme offrant une réceptivité beaucoup moindre au vaccin, il faut, pour l'inoculer, préférer la pulpe mélangée à parties égales de glycérine. Les accidents plus ou moins graves qui accompagnent la vaccination sont plus fréquents à la suite des vacci-

nations de pis à bras qu'après les inoculations de pulpe glycérinée. Cela tient à la présence dans le vaccin frais de microorganismes qui disparaissent au fur et à mesure que la pulpe glycérinée vieillit.

Une génisse fournit environ 15 tubes de lymphe d'un quart de centimètre cube chacun pour les inoculations animales ultérieures. La quantité de pulpe que donne une génisse varie de 8 à 30 grammes. Le nombre des scarifications, qui varie de 230 à 350, n'exerce pas une grande influence sur la quantité de pulpe récoltée, si la surface inoculée reste la même. Quand l'animal a été inoculé avec de la lymphe activée par une petite quantité de pulpe, la récolte augmente de quantité, mais il se produit souvent des accidents de suppuration qui la rendent suspecte.

Les pulpes séchées et pulvérisées gardent leur virulence 2 ou 3 ans, mais elles ne se dépouillent pas de leurs microbes pathogènes en vieillissant.

3° *Réceptivité des diverses catégories de vaccinés dans l'armée.* La réceptivité des hommes pour le vaccin s'atténue manifestement avec l'âge, car sur les hommes jeunes de l'armée active les succès sont de 70 0/0; sur les réservistes, ils ne sont plus que de 56 0/0; enfin sur les territoriaux, ils tombent à 30 0/0.

4° *Des fausses vaccines.* La plupart des résultats de vaccine qualifiés de douteux doivent être rangés dans la catégorie des vaccinations efficaces; chez l'individu qui a peu de réceptivité, le bouton vaccinal ombiliqué est remplacé par un bouton fruste de vaccinelle; si l'on inocule cette vaccinelle à un sujet très réceptif, on obtient une éruption vaccinale parfaite. J. B.

The influence of heredity in phthisis, par J.-E. SQUIRE (*Brit. med. Journ., p. 1364, 15 décembre 1894*).

Statistique de 1,000 cas de phtisie envisagée au point de vue de l'hérédité des ascendants. L'auteur trouve que l'influence héréditaire n'entre dans ce chiffre que dans la proportion de 9 0/0 : les conditions d'existence, de milieu et de contagion jouent un bien plus grand rôle. Voici quelques chiffres. Sur 1,000 sujets tuberculeux, 325 avaient l'un ou l'autre de leurs parents phtisiques : soit une proportion générale de 32,5 0/0. H. R.

I. — Essai d'hygiène des constructions scolaires, par MANGENOT (*Revue d'hyg. février et mars 1895*).

II. — Schattenbildung bei directer und indirecter Beleuchtung der Schulzimmer, par ERISMANN (*Deutsche Viertelj. für œffentl. Gesund., XXVII, 271*).

III. — Des bancs scolaires par G. GORINI (*Ibidem, XXVI, 665*).

IV. — Zur Schulbankfrage, par F. SCHENK (*Zeitschr. f. Schulgesundh., VII, et Hyg. Rundsch., V, p. 208*).

V. — Standarbeitsunterricht vom hygienischen Standpunkte, par Marianne NIGG (*Deutsche Viertelj. f. œff. Gesund., XXVII, 274*).

VI. — Die Staubplage in der Schule....., par O. MEYRICH (*Zeitschr. f. Schulgesund., VII, et Hyg. Rundsch. V, 210*).

VII. — Die Schulbäder in Zurich, par H. NAEF (*Idem et ibidem, 211*).

VIII. — Les bains-douches scolaires à Genève, par O. DU MESNIL (*Ann. d'hygiène publ., mars 1895*).

IX. — Schulhygienische Untersuchungen zur Beurtheilung der Ueberbürdunsfrage, par H. JÄGER (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVI, 563*).

X. — Ursachen des nervösen Kopfschmerzes der Schüler, par BRESGEN (*Ibidem, XXVII, p. 269*).

XI. — Nervosität der Schuljugend, par SCHUSCHNY (*Ibidem, p. 274*).

XII. — Zusammenhang der Verbreitung epidemischer Krankheiten mit der Schule par PALMBERG, ALTSCHUL, DOLLINGER (*Ibidem*).

XIII. — Ueber die dauernden Erfolge der Feriencolonieen, par GŒPEL (*Ibidem, p. 302*).

I. — La disposition la plus favorable est celle d'un parallélogramme ouvert du côté du midi, afin de permettre l'ensoleillement constant des cours de récréation. Le sol de celles-ci peut être recouvert de fin gravier, s'il est très perméable; en cas contraire, il doit être bitumé ou pavé en bois. Le bitume rendu rugueux par incorporation de gros gravier est préférable au pavage en bois; en été, en effet, il se détache de ce dernier de fines aiguilles qui, chez les enfants habitués à jouer par terre, pénètrent dans les yeux et déterminent de nombreuses conjonctivites; le remède est un arrosage fréquent du pavé. Mangenot, d'ailleurs, exclut systématiquement le bois du nombre des matériaux de construction des bâtiments scolaires, pour des raisons à la fois hygiéniques et pédagogiques, et notamment à cause de sa sonorité; il le rejette même pour le sol des classes, ayant constaté expérimentalement qu'un plancher en chêne ciré est aussi froid qu'un sol bitumé. Pour obvier à tout danger de contamination, Mangenot préconise des cabinets d'aisance à la turque, munis d'une cuvette sur laquelle l'enfant est obligé de se mettre à cheval. Le chauffage doit être central, à l'eau chaude ou encore mieux à la vapeur. Pour obtenir une lumière douce et constamment égale, il veut que les salles d'école soient exposées au nord, ce qui dispense de l'emploi de stores.

II. — Il n'est guère possible, avec l'éclairage direct, de distribuer également la lumière à toutes les places d'une classe et d'éviter la formation d'ombres gênantes; même en l'absence des élèves, l'inégalité de clarté des diverses places est très considérable. La déperdition de lumière résultant d'ombres portées sur l'écriture est aussi très notable et extrêmement variable suivant les places. Pour ces différents motifs, Erismann émet l'avis que l'hygiéniste doit donner la préférence à l'éclairage indirect des salles d'école.

III. — Gorini, partant de la nécessité que les bancs-pupitres aient un dossier et une faible distance négative, recommande les bancs fixes pour les écoles primaires, et les bancs mobiles, permettant de donner à chaque élève un siège en rapport avec sa taille, pour les écoles moyennes.

IV. — Schenk répartit en deux groupes, quant à l'étiologie, la forme et le traitement, les attitudes vicieuses des écoliers, y distinguant les attitudes de fatigue et celles d'écriture. Les premières, qui répondent au besoin de reposer des muscles fatigués, sont très diverses de forme,

tandis que les secondes, nécessitées par l'accomplissement d'un acte déterminé, sont remarquablement uniformes. Un moyen très efficace de remédier aux attitudes vicieuses de fatigue, est l'adoption de bancs à dossier élevé et dirigé un peu en arrière, et à siège légèrement incliné d'avant en arrière. Il est beaucoup moins aisé de découvrir et de corriger les attitudes vicieuses dues à l'écriture. Sur les 156 écoliers examinés par Schenk, 65 0/0 étaient assis, le bassin tourné à droite, 92 0/0 avec le haut du corps dévié à gauche, 65 0/0 avec le haut du corps tourné à droite, 97 0/0 avec le papier tourné à gauche, 60 0/0 avec le papier tourné à droite, 98 0/0 avec les bras en abduction. Il a constaté en outre que plus l'angle formé par les lignes du bassin et de l'avant-bras était considérable, plus la déviation du cahier à droite était grande; que la déviation du haut du corps était d'autant moindre que la rotation du cahier était moins marquée et que la déviation du bassin était en raison directe de celle du haut du corps; plus l'abduction des bras était accentuée, plus l'attitude était vicieuse. Donc, la meilleure attitude pour écrire est celle où l'abduction du bras est égale à O, c'est-à-dire quand le membre est appliqué légèrement contre le tronc. Pour rendre cette attitude possible, il faut que la distance horizontale entre le dossier et le pupitre soit égale à la longueur de l'avant-bras (de l'olécrâne au poignet) de l'écolier et que la distance verticale entre le pupitre et le siège soit égale à celle qui sépare ce dernier du coude pendant de l'enfant. C'est ces différentes conditions que remplit le banc de Schenk qui a, en outre, l'avantage de pouvoir être adapté aux différentes tailles des élèves, grâce à la mobilité de son siège, de son pupitre et de son appuie-pieds qui peuvent être relevés, abaissés et inclinés à volonté.

V. — Dans le choix et l'exécution des petits ouvrages enseignés aux filles, l'hygiène doit intervenir sous le triple rapport de l'attitude, du ménagement des yeux et de la propreté. Les écolières doivent travailler un peu inclinées en arrière et le dos soutenu, les bras détachés du corps, les deux pieds reposant sur le sol, les sièges étant en forte distance positive. On évitera les mouvements uniformes d'un seul bras. Dans l'intérêt de la vision, on exclura le matériel trop fin, les modèles trop petits, les étoffes et fils de couleur trop foncée ou, au contraire, trop claire. Dans l'intérêt de la propreté, on exclura les étoffes et le fil qui se déteignent. Les travaux de couture seront coupés de petites pauses répétées pour reposer les yeux et le corps qui se trouve en une posture un peu contrainte.

VI. — Meyrich a effectué ses recherches dans une école primaire de Leipzig dont les salles étaient balayées trois fois par semaine, les escaliers, corridors et gymnase quotidiennement. Aux mois de juin et de juillet, il a trouvé que la quantité moyenne de poussières oscillait par jour entre 43 et 80 grammes suivant la température. Cette poussière renfermait de 52,3 à 55,3 0/0 de substances organiques; au bout de 24 heures, elle donnait naissance à 17-60 colonies, composées surtout de coques. Ainsi que Hesse, Meyrich a constaté que le chiffre des germes atteignait son maximum durant les pauses et aussitôt après la sortie des élèves, en raison du soulèvement des poussières; chaque gramme de ces poussières contenait en moyenne 1,824,375 germes.

VII. — En été, les élèves des deux sexes des écoles moyennes de la ville de Zurich vont se baigner au lac et à la rivière ; en 1893, 400 d'entre eux ont ainsi appris à nager. D'autre part, les 7 écoles construites depuis 1890 ont été munies de douches à jet oblique, disposées sur 2 rangées parallèles et fournissant de l'eau à 36°. Chaque enfant est douché une fois par quinzaine, pour une dépense annuelle de 1 fr. 30. 15 0/0 (148 sur 993) des garçons et 18 0/0 des filles (194 sur 1,065) se sont abstenus de prendre les douches, les uns parce qu'ils avaient une salle de bain chez leurs parents, certains par pruderie, les plus pauvres par un sentiment de honte tenant au mauvais état ou à la malpropreté de leurs vêtements et de leur linge.

VIII. — La ville de Genève vient de faire le premier essai des douches scolaires ; on les a aménagées au nombre de 12 dans un sous-sol spacieux ; du commencement d'octobre à la fin d'avril, chaque élève y passera (facultativement) 2 fois par mois. Du Mesnil, qui reproduit le plan de cette installation, y fait deux critiques : les vestiaires sont trop loin et les baquets placés sous les douches devraient être remplacés par des cuvettes en ciment encastrées dans le sol, sans faire saillie, et se vidant par une bonde de fond dans une canalisation évacuant les eaux au dehors.

IX. — Travail intéressant dans lequel Jaeger étudie d'une façon scientifique la question du surmenage scolaire, en s'étayant sur les observations anthropométriques de Bowditch, de Pagliani, de Kotelmann, de Fahrner, de Likarzik et surtout d'Axel Key et en évitant les affirmations théoriques, les exagérations qui ont suscité chez les pédagogues une réaction en sens contraire. Le seul moyen de prévenir le surmenage chez les écoliers est de suivre la marche de leur développement physique, à l'aide de la toise et de la balance.

X. — Bresgen répartit en 4 groupes les causes de la céphalée nerveuse des écoliers : 1° les maladies du cerveau et des méninges et, ce qui est plus important en pratique, la prédisposition nerveuse héréditaire qui, spécialement à la puberté, donne lieu à des douleurs de tête, sous le moindre prétexte ; 2° la débilité générale, telle qu'on la note après les maladies graves ou à la suite d'une alimentation défectueuse et irrégulière ; les troubles digestifs les plus divers, surtout compliqués de constipation ; une mauvaise qualité du sang tenant à la mastication insuffisante, à une ingestion excessive de liquides, à l'usage des spiritueux et aux repas irréguliers ; 3° le début trop matinal des classes qui contraint l'enfant à avaler en hâte son déjeuner et à se passer d'aller à la garde-robe ; la classe ne devrait jamais commencer avant 8 heures ; le chauffage et l'éclairage défectueux des classes, la contention de l'esprit non moins que celle des yeux. En somme, le surmenage des écoliers dépend moins de ce qu'on les surcharge de choses à apprendre que de la mauvaise manière dont on les leur enseigne ; rien ne fatigue autant les enfants que des explications au-dessus de leur âge. Il est indispensable de faire alterner les matières de compréhension difficile avec celles d'intelligence aisée et les médecins devraient collaborer à l'élaboration des plans d'études. Comme facteurs étiologiques rentrant dans le troisième groupe, éminemment scolaire, on doit encore signaler : les devoirs à domicile trop nombreux, la détestable habitude des parents de faire commencer trop tôt l'étude de

la musique et des langues étrangères. Les remèdes sont la gymnastique, la danse, l'équitation et les jeux à l'air libre ; 4° les affections du nez, des oreilles, des yeux, des dents et du pharynx qui, comme les végétations adénoïdes, gênent la respiration nasale. Il est rare d'ailleurs qu'une seule cause soit responsable de la céphalalgie.

XI. — Un grand nombre d'enfants ont déjà une prédisposition qui ne fait que s'accentuer à l'école et qui devient le point de départ de troubles nerveux dont la fréquence augmente avec les années de classe ; mais sans y être prédisposés, bon nombre d'écoliers deviennent nerveux dans les classes supérieures. Les remèdes à cette nervosité sont la suppression des maîtres spéciaux, principalement dans les classes inférieures, la diminution des devoirs à domicile, les jeux, la natation, les excursions, la création de médecins scolaires et la vulgarisation des notions d'hygiène.

XII. — Son expérience acquise dans les écoles d'Helsingfors a confirmé Palmberg dans l'idée que c'est l'école qui propage les maladies épidémiques et il est partisan de fermer l'établissement pendant le nombre de jours correspondant à l'incubation morbide. L'institution de médecins scolaires n'est pas indispensable ; il suffit d'une entente entre l'autorité sanitaire et la direction de l'établissement scolaire pour prendre les mesures d'isolement, de désinfection, etc., nécessaires.

Altschul, au contraire, considère la diffusion des épidémies par les écoles comme une opinion dogmatique nullement démontrée, bien qu'elle soit vraisemblable pour bon nombre de cas ; la question ne peut être résolue que par des statistiques épidémiologiques portant sur de longues années et que seules peuvent dresser des médecins scolaires. En tout cas, pour ne pas nuire outre mesure à l'enseignement, on ne doit licencier les écoles que pour les maladies contre lesquelles cette mesure est efficace, et non pour la rougeole, par exemple.

Dollinger propose qu'en cas d'épidémies sérieuses, on ouvre des écoles spéciales pour les enfants sains des familles infectées.

XIII. — Depuis 10 ans, Gœpel étudie sur 363 élèves des écoles de Francfort-sur-Oder, l'influence qu'exercent à la longue sur leur santé, les colonies de vacances, consistant en un séjour de 1 mois en pleine forêt. Il établit 6 groupes parmi ces enfants. Le plus nombreux (31,6 0/0) est formé d'enfants retardés dans leur développement corporel, atteints de débilité générale, avec ou sans scrofule, ayant souvent des sommets des poumons respirant mal ; l'amélioration dans ce groupe a été presque constante. Un deuxième groupe (24 0/0) renferme des enfants suspects de tuberculose par hérédité et par habitus et offrant un catarrhe des sommets ; c'est sur eux que les succès sont le plus marqués, bien qu'il y ait des rechutes. Un troisième groupe (11,3 0/0) comprend les enfants affectés de catarrhe bronchique simple mais traînant ; presque tous sont guéris. Le quatrième groupe (16 0/0) est constitué par les chloroses de puberté ; c'est ici que les résultats sont le moins frappants. Un cinquième groupe (12,1 0/0) contient les convalescents de maladies aiguës graves qui bénéficient largement de leur séjour sylvestre ; enfin le dernier groupe est celui des enfants atteints de céphalalgie scolaire et d'inappétence, qui profite aussi au mieux de la colonie. Gœpel pesait et mesurait les petits colons à plusieurs reprises. Il a ainsi reconnu qu'un seul séjour dans la colonie n'augmente pas

le poids du plus grand nombre; de plus, l'augmentation du poids se fait parfois attendre quelques mois, ce qui s'explique quand les enfants se sont livrés à beaucoup d'exercice durant leurs vacances. J. B.

Sur le nombre et la qualité des microbes sur la peau de l'homme sain, par A.-F. WIGOURA (*Vratch*, *n° 24*, *1895*, *et Thèse de St-Pétersbourg*, *1895*).

W a examiné la peau de la poitrine, du dos, de la cuisse et des doigts chez 40 personnes, dont 16 infirmiers, 8 cochers, 8 tisseurs et 8 personnes qui s'adonnent à des travaux intellectuels. Il a trouvé que la souillure des régions examinées varie dans les proportions suivantes : sur la poitrine de 18 à 9,843 microbes par centimètre carré, sur le dos de 6 à 24,936 microbes, sur la cuisse de 17 à 5,305, sur l'index droit de 120 à 23,400. Ne pouvant pas établir des moyennes en bloc, W. a dressé des tableaux comparatifs suivant le nombre des colonies. De ces tableaux résulte que, pour la poitrine, on trouve le plus souvent jusqu'à 500 microbes par centimètres carré, avec prédominance des chiffres au-dessus de 100; pour le dos jusqu'à 500 germes avec prédominance des chiffres au-dessus de 50; pour la cuisse jusqu'à 2,000; pour l'index de 200 à 2,000.

En comparant ses résultats avec ceux obtenus par Nikolski et Markow sur l'homme malade, W. a trouvé que les malades en question avaient moins de germes sur la peau que les ouvriers bien portants. Chez les personnes instruites, la peau présente moins de microbes.

En comparant les résultats suivant les salles auxquelles sont affectés les infirmiers, l'auteur a vu que les infirmiers des salles de chirurgie sont moins dangereux comme propagateurs des microbes (excepté ceux des salles érysipélateuses) que les infirmiers des services de médecine. Il n'est cependant pas rare de trouver sur les doigts des infirmiers affectés aux salles où se trouvent les typhiques, les pneumoniques, les tuberculeux, les microbes producteurs de ces maladies; en particulier, après le nettoyage des salles où séjournent les tuberculeux, on peut trouver sur les doigts des infirmiers des bacilles de Koch. On peut, du reste, trouver, même chez des personnes non attachées aux services hospitaliers, des microbes pathogènes, surtout des pyocoques, si ces personnes appartiennent aux classes non instruites. H. FRENKEL.

Recherches bactériologiques sur les poussières des dépôts dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg, par I.-N. SOLOWIEFF (*Vratch*, *n° 12*, *1895*, *et Thèse de St-Pétersbourg*, *1895*).

Sol. a examiné les rayons et les planchers des garde-meubles de deux hôpitaux militaires et d'une prison militaire de Saint-Pétersbourg, en faisant des cultures et des inoculations à 98 animaux de leurs poussières. Le nombre de microbes a été par centimètre carré : pour les rayons, minimum, 3,560, maximum, 57,920 germes, pour les planchers, minimum, 5,134, maximum, 35,280 germes. Parmi les espèces pathogènes, il a trouvé : le bacille murisepticus pleomorphus 1 fois, le bacille de l'œdème malin 3 fois, le pneumocoque de Fraenkel 6 fois, le pneumobacille de Friedlaender 6 fois, le bacille pyocyanique 2 fois, le bacille pyogène fétide 2 fois, le bacille pseudopneumonique 1 fois, le coli-

bacille 1 fois, le bacille typhique 1 fois, le staphylocoque pyogène doré 7 fois, blanc 2 fois, citrin 1 fois, flavus 2 fois, le streptocoque 3 fois, la bactéridie charbonneuse 1 fois, le bacille pyogène de la gencive 1 fois, le micrococque pyoseptique 1 fois. Parmi les saprophytes, les plus fréquents sont : la sarcine blanche, la sarcine jaune, la sarcine aurantiaca, le micrococcus flavus liquefaciens, le bacillus mesentericus vulgatus, la bactérie glycogénique, le micrococcus ochroleus et albus. Parmi les moisissures, le mucor mucedo et penicillium glaucum. Sol. n'a pas trouvé le bacille de Koch, mais cela tient à ce que la plupart des animaux périssaient trop tôt. L'auteur conclut à la nécessité de surveiller les dépôts au point de vue de la désinfection comme foyers dangereux dans la propagation des maladies. H. FRENKEL.

I. — Bacteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände, par REINICKE (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1122, 3 décembre 1894*).

II. — Zur Händedesinfection, par Egbert BRAATZ (*Ibid., n° 50, p. 1145, 10 décembre 1894*).

III. — Ueber die Zersetzung von Tribromsalol durch den thierischen Organismus, par FAJANS (*Arch. f. Hyg., XX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 22, p. 1031*).

IV. — Torfmull als Desinfectionsmittel von Fäkalien nebst Bemerkungen....., par A. GAERTNER (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XVIII, et Hyg. Rundsch., V, n° 1, p. 39*).

V. — Ueber den Desinfectionswerth einiger gasformiger Substanzen....., par G. BORDONI-UFFREDUZZI (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVI, p. 663*).

VI. — Sur la désinfection des locaux par l'aldéhyde formique gazeux, par R. CAMBIER et A. BROCHET (*Revue d'hyg., XVII, n° 2, p. 120*).

VII. — Einige Beobachtungen über das Verdampfen von Quecksilber in den Wohnräumen, par K.-A.-H. MOERNER (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt., XVIII, et Hyg. Rundsch., V, n° 1, p. 44*).

VIII. — Sulle cause che determinano nella pratica delle desinfezioni la scomparsa del mercurio delle soluzioni di sublimato corrosivo, par Achille SCLAVO et Camillo MANUELLI (*In-4°, Rome, 1894*).

IX. — Nouveau système d'étuve à désinfection par la vapeur fluente, par F. PUTZEYS (*Mouvem. hygiénique, X, n° 9, p. 401*).

X. — Types d'étuves recommandés par le Ministère de l'Agriculture en Belgique (*Ibid., n° 10, p. 448*).

XI. — La désinfection dans les asiles de nuit et abris ruraux, par G. DROUINEAU (*Revue d'hyg., XVII, n° 2, p. 136*).

XII. — Die neuen Desinfektionsanstalten Hamburgs (*Centralbl. der Bauverwaltung, 1894, et Hyg. Rundsch., V, n° 3, p. 134*).

XIII. — Discussion du Congrès international d'hygiène de Buda-Pesth sur la réglementation de la désinfection publique (*Revue d'hyg., XVI, p. 831*).

I. — Reinicke s'est énergiquement frotté les mains avec les cultures pures des spores d'une espèce très résistante de bacille des pommes de terre ou avec des cultures de bacille pyocyanique; il laissait sécher

ensuite une heure avant d'expérimenter les divers procédés de stérilisation préconisés. Après un quart d'heure d'emploi combiné d'eau aussi chaude que possible, de savon noir et de brosse stérilisée, le lit sous-unguéal renfermait encore un grand nombre de germes; même résultat incomplet quand il adjoignait au savon noir du sable à nettoyer; après 5 minutes de savonnage et de brossage suivis du brossage pendant le même temps avec de l'acide phénique à 5 0/0, les spores du bacille des pommes de terre étaient toujours, et les bacillles pyocyaniques souvent reconnaissables. Les opérations successives d'un brossage de 10 minutes avec de l'eau de savon, d'un brossage de 5 minutes avec du sublimé au millième, de la neutralisation du sublimé par 2 0/00 de sulfate d'ammoniaque et d'un lavage à l'eau ne réussissent à tuer que les bacilles pyocyaniques. Le procédé de Fürbringer (lavage pendant 1 minute successivement, avec du savon, de l'alcool et du sublimé) est tout aussi inefficace dès qu'on a soin, suivant la recommandation de Geppert (*R. S. M.*, XXXV, 481), de précipiter le sublimé. Le lysol est un très mauvais désinfectant des mains. Reinicke conclut de nombreux essais que c'est encore l'alcool employé seul qui effectue le mieux la stérilisation désirée; après 5 minutes d'un brossage à l'alcool non précédé de savonnage et suivi d'un lavage à l'eau stérilisée, les cultures restaient stériles. Il est évident que c'est la propriété qu'a l'alcool de dissoudre la graisse qui joue le principal rôle ici, car le pouvoir antiseptique de l'alcool est insignifiant.

II. — Braatz revendique sur Reinicke la double priorité d'avoir montré dès l'an dernier que le savonnage des mains avec de l'eau et une brosse stérilisées n'offre pas une garantie absolue de désinfection et que dans le nettoyage des mains, l'alcool a plus d'importance que le sublimé.

III. — Hueppe sépare en deux groupes les antiseptiques intestinaux : 1° ceux qui ne sont solubles que dans les liquides alcalins comme le tribromophénol ; 2° ceux qui doivent être d'abord décomposés par les sucs de l'intestin avant d'être dissous et d'exercer leur action, comme le salol. Le tribromosalol constitue un trait d'union entre les deux. Les expériences que Fajans a entreprises sur la décomposition de ce corps lui ont montré qu'à l'extérieur de l'organisme, des alcalis faibles, même sans l'aide du suc pancréatique, suffisent à le dédoubler, tandis qu'à l'intérieur de l'organisme animal, il est décomposé en majeure partie en tribromophénol et acide salicylique. L'élimination en commence 4 heures après l'ingestion stomacale chez les lapins et les rats et est terminée au bout de 4 jours; durant ce temps, on note une augmentation des acides sulfoconjugués. Un lapin de 2 kilogrammes supporte 15 grammes de tribromosalol, ce qui prouve une innocuité relative.

IV. — La poudre de tourbe employée seule, même si on la mélange intimement, ne tue pas d'une façon certaine les germes du choléra et de la fièvre typhoïde; en revanche, on obtient, sûrement et rapidement, (24 heures) ce résultat quand on l'additionne de plus de 20 0/0 de plâtre superphosphaté ou de 2 0/0 d'acide sulfurique anhydre, à la condition toutefois que le mélange des matières fécales, de la tourbe et de l'agent antiseptique additionnel soit intime. L'abondante formation d'alcalis qui se produit lorsque des matières fécales restent un certain

temps en contact avec de l'urine, hâte notablement la mort des germes cholériques. L'influence de la chaleur est essentielle sous ce rapport, car à la température de 0 à 5° C., la production des alcalis est retardée et partant la conservation des germes cholériques favorisée. Aux températures basses, la tourbe arrête la décomposition des excréments et s'oppose ainsi à la destruction des germes cholériques.

La présence de matières fécales, contenant même des germes infectieux, dans des fosses fixes ou mobiles, pourvu qu'elles soient étanches, n'est nullement dangereuse pour les habitants de la maison ; aussi Gaertner borne-t-il l'emploi des désinfectants aux déjections de cholériques et de typhoïdiques, ainsi qu'aux latrines des hôpitaux ; c'est alors au lait de chaux qu'il faut recourir. Une bonne organisation et une surveillance soigneuse des vidanges importe plus que le système choisi, fosses fixes ou fosses mobiles. Gaertner est contraire à la désinfection de l'intérieur des tonnes.

Pour la ventilation des fosses d'aisances et des caveaux de fosses mobiles, il préconise une modification au système de d'Arcet : de l'extrémité inférieure du tuyau de chute, il fait partir un tuyau d'évent oblique qu'il accole au tuyau de cheminée de la cuisine et prolonge jusqu'au-dessus du toit. Pour enlever l'odeur des cabinets d'aisance mal installés, on peut se servir soit de saprol, soit de tourbe acide.

V. — Les vapeurs *d'ammoniaque*, préconisées naguère pour désinfecter les espaces clos, y sont impropres, car elles ne tuent les germes les moins résistants qu'à la longue et les spores charbonneuses seulement au bout de 15 jours de contact.

La formaline (solution à 40 0/0 de formaldéhyde) possède un pouvoir désinfectant énergique et rapide, particulièrement sous forme de vapeurs, mais elle ne saurait être appliquée à la désinfection des locaux, à cause de la grande quantité qui en serait nécessaire et aussi de son prix élevé.

VI. — L'aldéhyde formique gazeux est capable de stériliser tous les germes des poussières, ainsi que les bactéridies et spores charbonneuses, même quand on l'emploie à des doses extrêmement faibles, à la condition que l'enceinte soit hermétiquement close et que la durée de l'action des vapeurs aldéhydiques sur les germes soit suffisamment prolongée. Les moisissures sont sensiblement plus résistantes que les bactéries et, parmi ces dernières, ce sont les agents de la putréfaction qui sont les premiers anéantis. Le bacille subtil, organisme du reste inoffensif, est l'espèce la plus résistante.

L'aldéhyde formique gazeux paraît devoir être employé pour la désinfection des objets fragiles ou précieux et de ceux qui ne se prêtent pas à un autre mode de désinfection. Pour dégager les vapeurs de formaldéhyde, Cambier et Brochet ont construit des lampes spéciales, utilisant la réaction d'Hoffmann.

VII. — Jusqu'ici, il n'a pas été signalé de cas d'hydrargyrisme occasionnés par la désinfection des logements à l'aide du sublimé corrosif. Les recherches de Mœrner montrent toutefois qu'une certaine prudence est nécessaire dans l'emploi de ce procédé d'assainissement. En effet, dans les papiers de tenture de deux chambres, il a constaté la présence

de mercure métallique émettant des vapeurs. L'une seulement de ces pièces avait été désinfectée 2 ans 1/2 auparavant, par des pulvérisations de sublimé au trois millième. Dans l'autre, les habitants atteints de troubles digestifs avaient fait incriminer la tapisserie datant de 6 ans. Mœrner a décelé également l'existence de vapeurs mercurielles dans les salles d'un asile qui, quelques mois auparavant avait été désinfecté à l'aide de lavages profus au sublimé. L'urine des pensionnaires renfermait de notables quantités de mercure, de même que le plancher vernissé des salles et le bois des armoires ; en revanche, il n'en existait pas sur les parois peintes à l'huile, bien qu'elles eussent subi le même traitement, comprenant un lavage final à l'eau.

VIII. — Les fibres textiles d'origine animale (laine et soie) jouissent à un haut degré de la faculté de s'incorporer le mercure des solutions de sublimé, additionné ou non d'acide chlorhydrique ou de chlorure de sodium. Les fibres végétales ont la même propriété mais beaucoup moins marquée. En pratique, il est donc indispensable de renouveler souvent le bain de sublimé, surtout quand il s'agit d'y désinfecter des étoffes de laine ou de soie. Pour la désinfection des pièces de literie et de vêtements, il sera toujours préférable de revenir à l'emploi des agents physiques, de la vapeur d'eau, soit sous forme de courant, soit mieux sous forme saturée et en tension.

IX. — Les obstacles que rencontre la vulgarisation de la désinfection publique ont conduit Putzeys à imaginer une étuve à vapeur fluente, de prix peu élevé et dont le fonctionnement n'exige pas des aptitudes spéciales ; elle se compose de pièces superposées : fourneau, chaudière et tonneau en bois d'acacia, de 1,000 litres de capacité, renfermant un cylindre en tôle galvanisée ; la vapeur circule dans l'espace libre existant entre les parois internes du tonneau et les parois externes du cylindre qui reçoit les objets à assainir.

X. — Dans les instructions pratiques pour prévenir et combattre les maladies épidémiques, le gouvernement belge recommande, entre autres types d'étuves, dont il indique les prix respectifs, celles de van Overbeek, de Meyer (d'Utrecht), de Geneste et Herscher (de Paris), de Putzeys (de Liège), de Reck (de Copenhague) et de Wodon et Ranwez (de Namur). Les étuves à vapeur fluente de van Overbeek et de Putzeys sont les plus simples et peuvent être maniées par le premier venu. Quant à la rapidité des opérations les étuves peuvent être classées dans l'ordre suivant : Geneste, Wodon, van Overbeek, Putzeys et Reck. L'étuve de Wodon et Ranwez est à vapeur sous pression ; c'est la plus simple et la moins coûteuse.

XI. — Les asiles de nuit urbains et ruraux sont des foyers permanents de typhus. En dehors des villes, ces refuges sont généralement d'une malpropreté et d'une insalubrité extrêmes : beaucoup n'ont ni air, ni lumière et ont une couche de paille rarement renouvelée. Les asiles ruraux sont très nombreux dans le nord et l'est de la France ; la Somme en compte 376, l'Oise 411.

Drouineau trace le plan d'un asile modèle et décrit ensuite une étuve à vapeur fluente adaptée, en vertu de son prix et de son maniement simple, à la désinfection de ces établissements.

XII. — La ville de Hambourg a édifié en 1893, au Bullerdeich, à proximité des quartiers populeux et sur le bord du canal navigable, un vaste établissement de désinfection destiné à la fois aux gens, aux logements et aux choses. Il est pourvu de cinq étuves Schimmel à courant de vapeur et comprend deux divisions ne communiquant pas entre elles : l'une affectée aux personnes et objets à désinfecter, l'autre aux personnes et objets assainis. Les deux grands hôpitaux ont été pourvus également d'un service de désinfection se composant, outre les étuves destinées aux matelas et vêtements, d'un nettoyage du linge, souillé de pus ou de sang, par l'eau bouillante ; les appareils sont disposés de façon qu'il ne puisse pas y avoir de contact avant et après la désinfection.

XIII. — Sur la proposition de A.-J. Martin, le Congrès international d'hygiène de Buda-Pesth a émis le vœu suivant : Il y a lieu, pour les gouvernements et les municipalités, de réglementer la pratique de la désinfection publique, à savoir : 1° le choix du procédé ; 2° ses moyens d'application ; 3° l'instruction du personnel. Les appareils de désinfection doivent être soumis à un contrôle de l'État. Les étuves à désinfection doivent être telles que : *a*) la température ne varie pas ou varie d'un degré centigrade au plus dans toutes les parties de l'appareil, ainsi que dans les objets qu'on y place ; *b*) après la désinfection, la traction au dynamomètre des objets désinfectés ne doit pas témoigner d'une différence sensible dans le degré de résistance ; *c*) les couleurs des étoffes ne doivent pas être altérées ; *d*) les étuves doivent être munies d'appareils enregistreurs dont les feuilles puissent être contrôlées à toute réquisition de l'autorité compétente.

J. B.

De la désinfection par la production sur place de vapeur de formol, par BARDET (*Bulletin gén. de thérap.*, *15 mai 1895*).

Les vapeurs d'aldéhyde formique sont capables d'opérer la désinfection absolue de grands locaux ; avec un appareil capable de transformer à l'heure un litre d'alcool méthylique en aldéhyde formique, on a pu obtenir en deux heures la stérilisation d'un appartement ; mais un temps plus prolongé est pratiquement plus sûr ; il faut se fier sur six heures. Les vapeurs de formol n'ont aucune action fâcheuse sur les objets mobiliers et disparaissent par une simple aération de quelques heures.

R. FAURE-MILLER.

A report on desinfection of tubercle-infected houses, par Sheridan DELÉPINE et Arthur RANSOME (*Brit. med. Journ.*, *16 février 1895*)

La désinfection des appartements contaminés par des tuberculeux ne peut être obtenue au moyen des fumigations telles qu'on les pratique actuellement. L'acide sulfureux est également insuffisant. La seule méthode efficace est l'application d'une solution de chaux chlorurée (chlorinated lime) sur les parois des chambres. Le sublimé lui-même n'a qu'une efficacité relative. L'exposition à la lumière, dans le cas du bacille tuberculeux, est le facteur le plus important de la désinfection. Il faut donc laisser au grand soleil, pendant plusieurs semaines, les appartements suspects.

H. R.

I. — Note on the transmission of the infection of typhoid fever by oysters, par W. BROADBENT (*Brit. med. Journal*, *p. 61, 12 janvier 1895*).

II. — Typhoid fever and oyster and other molluscs, par Peter EADE (*Ibidem, p. 121, 19 janvier 1895*).

I. — Broadbent publie 5 cas de fièvre typhoïde, survenus dans les mois de novembre et décembre 1894, pour lesquels la cause de l'infection semble avoir été l'ingestion d'une certaine quantité d'huîtres. Chez tous ces malades, il y avait eu des précautions prises contre toute infection du dehors par l'eau et par le lait, et personne n'avait pu leur apporter le mal par contagion. Tous, par contre, avaient consommé une grande quantité d'huîtres.

II. — A propos de la communication de Broadbent, Eade rapporte une épidémie de fièvre typhoïde, à Norwich, qu'il attribue à l'ingestion de moules. Il fait observer, en effet, que les huitres et les moules sont entassées dans des parcs vaseux où viennent souvent aboutir les détritus et les eaux d'égout des villes maritimes : c'était le cas notamment pour Norwich. Dans ces conditions, ces mollusques peuvent devenir le véhicule du bacille d'Eberth. H. R.

I. — Ein neues elektrolytisches Reinigungs- und Sterilisirungs-Verfahren für Trink- und Gebrauchswasser, par G. OPPERMANN (*Hyg. Rundsch., IV, n° 19, p. 865, 1er octobre 1894*).

II. — Das Sandplattenfilter und seine Anwendung zur centralen Wasserversorgung der Städte, par FISCHER (*Ibid., V, n° 7, p. 334, 1er avril 1895*).

III. — Einige Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit der Kieselguhrfilter (System Nordtmeyer et Berkefeld), par Severin JOLIN (*Zeitschr. f. Hyg., XVII, et Hyg. Rundsch., V, n° 7, p. 305*).

I. — Oppermann a recherché expérimentalement s'il était possible d'appliquer à la purification de l'eau de consommation les procédés d'électolyse d'Hermite (*R. S. M.*, XLIV, 148) et de Webster (*R. S. M.*, XXXIX, 106 et XL, 508). Il a reconnu que le procédé d'Hermite, à condition que l'eau électrolysée contienne une proportion insolite de chlorures, est parfaitement en état de la stériliser, mais l'excédant de chlore est difficile à enlever. On peut d'ailleurs employer le chlore sous une forme à la fois plus économique et plus active, telle que le chlorure de calcium additionné ensuite de sulfate de soude (*R. S. M.*, XLIV, 489); enfin, bien que privée de tous ses germes, cette eau ne pourrait servir ni à la boisson ni même aux usages domestiques, car ce serait une dissolution saline diluée et non de l'eau pure. Les résultats ne sont guère meilleurs avec le procédé Webster qui doit modifier notablement la composition normale de l'eau, lui soustrayant des éléments importants qu'il remplace par des composés ferrugineux. Oppermann a essayé un autre procédé américain basé sur l'emploi d'une électrode en fer et d'une en charbon; mais il en a été encore moins satisfait que du précédent.

Oppermann a ensuite institué des expériences pour connaître le mode d'électrolyse de l'eau potable le plus pratique, les facteurs essentiels de l'opération et les modifications que celle-ci fait subir à l'eau.

Mais l'eau électrolysée est impropre à la boisson, à cause de sa saveur repoussante et des vomissements qu'elle excite. En outre, elle n'est pas complètement claire et on ne peut songer à la filtrer, vu le danger de la contaminer à nouveau. Pour lui enlever son odeur et son goût désagréables, l'ébullition prolongée étant inefficace, il faut l'abandonner 8 ou 15 jours à elle-même; ce n'est pas encore là un procédé pratique. Oppermann a constaté, d'autre part, que le chauffage électrique à 96° suffit pour rendre cette eau potable, mais en précipitant ses carbonates terreux. Ce fait, qui n'a qu'un intérêt scientifique, a cependant conduit Oppermann dans la voie véritablement pratique. Se rappelant les remarquables propriétés de l'alun pour la clarification de l'eau, il a conçu l'idée de dépouiller l'eau électrolysée de son excès d'ozone en la soumettant à une nouvelle électrolyse par des électrodes en aluminium. Toutes les opérations nécessaires peuvent s'exécuter en une demi-heure et le résultat est parfait. Oppermann s'est d'ailleurs assuré que les germes du choléra et de la fièvre typhoïde contenus dans l'eau étaient sûrement détruits.

II. — Les distributions d'eau de Worms et de Magdebourg sont pourvues d'un nouveau système de filtres dû à Fischer. Celui-ci, tout en conservant le sable comme substance filtrante, l'a converti en pierres à l'aide du mélange avec un silicate double de soude et de potasse. Il forme ainsi des plaques comprimées ayant chacune 1 mètre carré superficiel, 18 à 20 centimètres d'épaisseur et renfermant à leur intérieur une cavité de 2 centimètres dans laquelle se rassemble l'eau filtrée; ces plaques sont enfin cuites à une température de 1,200°. Les filtres ainsi composés occupent 8 fois moins de surface que ceux de sable et procurent une économie de 40 0/0. Après leur revivification qui consiste simplement à renverser le courant d'eau en le faisant monter au lieu de descendre, ces filtres fonctionnent plus vite que ceux de sable, parce que leur texture est plus dense. Enfin, composés d'éléments distincts, il est plus facile de reconnaître ceux qui fonctionnent mal et on peut les rajeunir sans arrêter la marche du reste du filtre.

III. — Jolin a fait des expériences sur les filtres en terre d'infusoires de Berkefeld et Nordtmeyer, à l'aide de l'eau distribuée à Stockholm, qui est relativement pure. La rapidité de filtration diminue très vite si l'on n'a pas soin de brosser fréquemment ces filtres dont on use ainsi la surface. Leur effet est d'ailleurs purement mécanique et ils ne retiennent nullement les substances organiques solubles. Leur mérite essentiel est d'arrêter les microorganismes, à la condition toutefois de les stériliser souvent dans l'eau bouillante. Quand l'eau est très impure, l'eau filtrée n'est véritablement stérile que pendant 2 jours au plus. Elle peut même ne l'être pas du tout, quand ces filtres présentent des pores trop volumineux ou des fêlures résultant soit de leur fabrication, soit des manœuvres de stérilisation. Donc un filtre en terre d'infusoires peut rendre l'eau plus mauvaise au lieu de l'améliorer, en augmentant le nombre de ses microbes, tandis qu'il ne diminue nullement la quantité de la matière organique dissoute.

Jolin conclut que les filtres en terre d'infusoires possèdent à peu près les mêmes avantages et inconvénients que ceux de Chamberland, qu'ils dépassent seulement comme capacité de filtration. Précieux pour les recherches scientifiques, leur utilité dans l'économie domestique est con-

testable, parce qu'ils n'offrent pas, comme ceux au charbon, la facilité de reconnaître, au changement de teinte de l'eau, qu'ils ne fonctionnent plus bien (*R. S. M.*, XLIV, 146). J. B.

I. — Kritische und experimentelle Beiträge zur hygienischen Beurtheilung des Wassers, par W. KRUSE (*Zeitschr. f. Hyg., XVII, et Hyg. Rundsch., V, n° 3, p. 114*).

II. — Qualitative und quantitative bacteriologische Untersuchungen des Zürich-seewassers, par Anton KLEIBER (*Thèse de Zurich, 1894, et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 18, p. 578, 15 septembre 1894*).

III. — Nachweis von Fäkalbakterien im Trinkwasser, par R. BURRI (*Hyg. Rundsch., V, n° 2, p. 49*).

IV. — Untersuchungen von Illwassern, par AMTHOR et ZINK (*Arch. f. öff. Gesund. XV, et Hyg. Rundsch., V, n° 5, p. 200*).

V. — Les eaux potables de la ville de Toulouse au point de vue bactériologique et sanitaire, par GUIRAUD (*Revue d'hyg., XVI, n° 11, p. 934*).

VI. — Das Wasserwerk der freien und Hansastadt Hamburg....., par F. Andreas MEYER (*Hamburg, 1894, et Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVI, 593*).

VII. — La régénération par agents chimiques des filtres Chamberland, par E. VALLIN (*Revue d'hyg., XVI, n° 11, p. 946*).

I. — Dans l'appréciation d'une eau potable, Kruse attache un grand prix aux qualités organoleptiques révélées par la vue, l'odorat, le goût, la température. L'analyse chimique a pour lui une valeur bien moindre, elle est même presque superflue pour l'hygiène pratique ; seule, la détermination du degré hydrotimétrique est utile, parce que la teneur des eaux en sels terreux n'est pas indifférente au point de vue sanitaire. Certaines circonstances suspectes peuvent rendre nécessaire la recherche de poisons métalliques; en revanche, la présence de matières organiques peut être regardée comme inoffensive. Les chlorures, nitrates et sulfates, dissous par l'eau, n'ont rien d'insalubre par eux-mêmes; mais il est des cas où leur existence permet d'établir la provenance d'une nappe aquifère. La question la plus importante pour les hygiénistes est toujours de reconnaître si une eau potable est susceptible d'être infectée; sous ce rapport, l'analyse chimique garde quelque intérêt.

L'examen bactériologique ordinaire d'une eau ne permet pas de conclure sûrement à ses qualités potables : le nombre absolu de germes, le chiffre de leurs différentes espèces, la constatation de microbes indicateurs d'une infection par excréments humains sont autant de critères extrêmement trompeurs. En revanche la méthode de numération bactériologique est indispensable pour contrôler le fonctionnement des filtres. Quant à la recherche des agents pathogènes, spécialement des bacilles cholérique et typhoïdique, elle est très intéressante au point de vue scientifique, mais on ne doit pas attendre de les avoir constatés pour déclarer une eau suspecte; la possibilité ou la probabilité que ces micro-organismes s'y trouvent suffit, car on sait maintenant que ces parasites restent très longtemps vivants dans l'eau. Un point essentiel pour l'appréciation hygiénique d'une eau est l'examen attentif de sa provenance et de son mode de captation.

II. — Dans l'eau du lac de Zurich qui sert à l'approvisionnement de la ville de même nom, Kleiber a trouvé 42 espèces microbiennes, à savoir 7 microcoques et 35 bacilles ; il n'a pu identifier sûrement que 23 espèces, pour 15 l'identification est plus ou moins vraisemblable ; quant aux 4 dernières, elles sont nouvelles. La présence du bacille banal du côlon s'explique par les vidanges des localités riveraines.

Pour isoler le bacille banal du côlon, Kleiber a constaté que l'addition de 1 0/00 d'acide phénique au sol nourricier, préconisée par Péré (*Ann. Inst. Pasteur*, 1891, nº 2) est insuffisante ; il en faut 2 0/00, pour tuer tous les autres microbes aquatiques.

III. — Après avoir expérimenté le procédé de Péré modifié par Kleiber, Burri indique ses préférences pour la méthode en usage au laboratoire de Stutzer. Comme il s'agit de rejeter les eaux potables infectées par des matières fécales, on recherche moins une espèce spéciale, plus ou moins caractéristique, du bacille banal du côlon que l'ensemble des espèces microbiennes qui se comportent comme lui, physiologiquement parlant. Or le bacille banal du côlon partage la faculté, non seulement avec les principales espèces pathogènes pour l'homme mais aussi avec un grand nombre des hôtes permanents ou occasionnels de l'intestin, de pouvoir se développer à la température du sang et en même temps dans un sol fortement alcalin, tandis que les saprophytes inoffensifs, ceux des eaux pures en particulier, succombent dans ces circonstances. Utilisant ce fait, on ajoute au sol nourricier, au lieu d'acide phénique, 0,75 0/0 de soude anhydre et l'on opère sur 1 gramme d'eau au lieu de 1 litre. Il y a profit à pouvoir expérimenter sur une si petite quantité d'eau, car en travaillant sur 1 litre, on serait exposé à déclarer polluées des eaux en réalité excellentes. En effet, les représentants du groupe microbien en question étant presque ubiquitaires et non rigoureusement cantonnés dans l'organisme animal peuvent se rencontrer clairsemés dans des eaux irréprochables. Il va de soi que pour différencier le bacille colique du bacille d'Eberth avec lequel ses analogies sont si nombreuses, il reste nécessaire d'employer de grandes quantités d'eau.

IV. — Durant 1 an, Amthoer et Zink ont pratiqué régulièrement des analyses chimiques des eaux et des vases de l'Ill qui traverse Strasbourg ; les échantillons étaient prélevés en 4 endroits différents, compris entre l'entrée de la rivière dans la banlieue et sa sortie de la ville ; les analyses de l'eau étaient mensuelles et celles des vases trimestrielles. En voici les résultats généraux. L'Ill, à son arrivée à Strasbourg, est très peu contaminée ; durant sa traversée de la ville, elle subit une pollution modeste qui disparaît presque entièrement à une faible distance en aval ; puis elle éprouve une souillure plus marquée provenant des eaux industrielles des brasseries et autres. Mais nulle part cette contamination n'est très intense, car la matière organique, les nitrates, nitrites et l'ammoniaque y sont toujours moins abondants que dans beaucoup des puits de la ville. L'analyse des vases a fourni des résultats identiques.

V. — Les eaux potables de Toulouse, telles qu'elles ont été fournies à l'origine (1826), eau de Garonne filtrée à travers un lit de sable et de cailloux, peuvent être rangées parmi les eaux de bonne qualité au point de vue de leur composition bactériologique. Les procédés habituels y

révèlent d'une façon constante la présence d'un microbe ayant tous les caractères du bacille banal du côlon. Cette contamination est due, selon toute vraisemblance, au mélange opéré depuis 1870, dans une galerie de la prairie des filtres, de l'eau de la nappe souterraine souillée par des matières fécales pendant son passage à travers le quartier Saint-Cyprien. Cette infection des eaux potables ne semble pas avoir exercé une influence permanente bien manifeste sur la fréquence et la gravité de la fièvre typhoïde dans la ville. Le taux de la mortalité par cette maladie est à peu près égal à celui des autres villes de France, ainsi que la mortalité de la garnison comparée à celle de l'armée entière. A Toulouse, comme dans plusieurs autres villes françaises, d'ailleurs, la fièvre typhoïde est en voie de décroissance notable dans ces dernières années. Les conditions sanitaires de Toulouse étant sensiblement les mêmes que celles des périodes précédentes, on ne peut guère faire honneur aux progrès de l'hygiène de cette amélioration et on ne peut la considérer que comme la conséquence de l'évolution multiannuelle normale bien connue des épidémiologistes.

VI. — Hambourg possède actuellement les plus grandioses installations d'épuration physique des eaux potables. L'eau est débarrassée d'abord de ses impuretés les plus grossières, par un séjour de 15 à 20 heures, dans des bassins de décantation ayant chacun 4,200 mètres carrés de superficie et 3^{m},5 de profondeur; on n'envoie aux filtres que les 2 mètres supérieurs de l'eau; la couche inférieure est évacuée avec les matières déposées. Les bassins de filtration ont chacun une superficie de 7,650 mètres; ils sont à ciel ouvert, ont des parois talutées et contiennent une couche filtrante de 1^{m},6 d'épaisseur se composant, de bas en haut, de gros, puis de fin gravier et enfin de sable. La couche de sable a 1 mètre d'épaisseur; la couche d'eau superposée a 1^{m},1 de hauteur. De temps en temps, un des bassins est mis hors de service et l'on enlève la couche supérieure polluée du sable qu'on lave et crible sur place. Lorsque, par des enlèvements répétés, cette couche supérieure des filtres est réduite à 40 centimètres on remet du sable neuf jusqu'à la hauteur première de 1 mètre. L'eau est filtrée de haut en bas à la vitesse de 62^{mm},5 par heure.

L'établissement des filtres comprend 2 services annexes : 1° Une usine à gaz d'eau produit par insufflation de vapeur dans des colonnes de coke incandescent; ce gaz, qui est rendu odorant à l'aide de mercaptan et dont l'éclat est augmenté par du magnésium et des manchons d'Auer, est employé à chauffer et à éclairer l'usine hydraulique; 2° un vaste laboratoire d'analyses pour contrôler constamment le fonctionnement des filtres.

VII. — On doit distinguer les agents qui régénèrent les filtres, c'est-à-dire rétablissent leur débit et ceux qui les stérilisent, c'est-à-dire détruisent les germes qu'ils renferment. Le permanganate de potasse stérilise assez bien, tandis qu'il régénère mal; le bisulfite de soude, au contraire, régénère parfaitement, mais son action stérilisante est encore incertaine. J. B.

An inquiry into the relative efficiency of water filters in the prevention of infections diseases, par Sims WOODHEAD et Cartwright WOOD (*Brit. med. J., novembre et décembre 1894*).

Mémoire très long et très consciencieux, où sont étudiés les types de filtres de 21 manufactures, au point de vue expérimental de l'arrêt des microbes. Il résulte de ces patientes recherches que trois types de filtres ont seuls une efficacité réelle : ce sont, pour l'Angleterre, le Berkefield filter; pour la France, le filtre Chamberland et l'aéro filtre Mallié à la porcelaine d'amiante. Tous les filtres à base de charbon, de calcaire, d'oxyde de fer, sont insuffisants. H. R.

Sur la présence de microorganismes dans le lait soi-disant stérilisé, par M. STERLING (*Medycyna, 26 janvier et 2 février 1895*).

Les microbes du lait résistent à la stérilisation usuelle, même par les procédés de Soxhlet et de Flügge, grâce à leurs spores. Dans quelques cas, la présence des microbes qui ont échappé à la stérilisation ne peut être décelée qu'au bout de 24 heures. Parmi les espèces aérobies qui résistent à la stérilisation ordinaire, on en trouve toujours qui peptonisent l'albumine; St. en a isolé cinq variétés qu'il appelle *bacillus lactis peptonans* α, β, γ, δ, ε. Ces bacilles sont analogues à ceux isolés par Flügge et Bujwid. Il est probable que les troubles gastro-intestinaux qu'on observe après l'usage de certains laits stérilisés dépendent des peptones produites par ces bacilles. Il faut donc abandonner tous les procédés coûteux de stérilisation du lait comme ne donnant aucune garantie particulière et l'on peut se contenter de bouillir le lait dans un vase propre, en le conservant ensuite à la température de 16°C. Le lait renfermant de la peptone ne se distingue souvent en rien du lait normal, d'autres fois il présente un goût amer. La peptone est plus facilement formée dans du lait stérilisé, que dans du lait cru. Les bacilles peptonisants agissent directement sur l'albumine sans intermédiaire d'un ferment. H. FRENKEL.

I. — Nouveau procédé pour obtenir un lait rationnel destiné aux enfants, par GÄRTNER (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1055, 12 novembre 1894*).

II. — Die Gärtner'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung, par ESCHERICH (*Ibid.*).

III. — De la stérilisation du lait, par A. RODET (*Revue d'hyg., XVI, n° 12, p. 1025, décembre 1894*).

IV. — Sommerdiarrhöen, Kuhmilchnahrung und Milchsterilisung, par Adolf BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 971, et n° 44, p. 1002, 22 et 29 octobre 1894*).

V. — La vente et la stérilisation du lait au point de vue de l'hygiène, par C. GORINI (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVI, 674, 1894*).

VI. — Sterilisirte Kuhmilch als Nahrungsmittel für Säuglinge und Reconvalescenter, par R. BLASIUS et BECKURTS (*Ibid., p. 675*).

VII. — Ueber einen gelegentlichen Befund bei Untersuchungen von sterilisirten Milchproben, par F. NIEMANN (*Hyg. Rundsch., IV, n° 22, p. 1012, 15 novembre 1894*).

I. — Pour rapprocher le plus possible la composition du lait de vache de celle du lait de femme, Gaertner fait un mélange à parties égales de lait de vache et d'eau et le centrifuge, ce qui a pour effet de diminuer de moitié la proportion de caséine sans modifier la teneur en graisse. On peut ainsi recueillir séparément un lait maigre contenant la moitié de la caséine, du sucre et des sels, et seulement des traces de graisse, et un lait gras renfermant l'autre moitié de la caséine, du sucre et des sels, et la presque totalité de la graisse. Ce dernier lait ne diffère guère de celui de femme que par la faible proportion de sucre; on y remédie par l'adjonction de lactose. Il a, d'ailleurs, l'aspect du lait entier, mais la saveur en est moins douce et sa densité oscille de 1020 à 1022.

II. — Escherich expérimente depuis 3 mois le lait de Gaertner qui renferme 1,76 de caséine, 3 de graisse et 2,4 de sucre. Les enfants le prennent très volontiers. Il produit des selles plutôt fréquentes, molles, offrant un brillant graisseux et des petits flocons, et ayant une réaction faiblement acide. Sous le microscope, on y distingue de nombreux globules de graisse et des bacilles très grêles, ne se décolorant pas par le traitement de Gram; en somme, ces garde-robes ressemblent beaucoup à celles produites par le lait de femme. Escherich n'a jamais observé de constipation, ni de selles dures et marronnées. L'augmentation du poids des nourrissons est régulière.

III. — Intéressante étude sur la stérilisation du lait par la chaleur. Ses modes très divers peuvent être ramenés à trois : l'application intensive qui met en œuvre des températures de 110 à 120° (stérilisation proprement dite); le chauffage au minimum, à 75 ou 80° (pasteurisation); le procédé intermédiaire, qui emploie la température de 100° ou des températures très voisines. La méthode intensive est essentiellement industrielle; excellente quant à son effet stérilisant, elle a l'inconvénient d'altérer au maximum la couleur et la saveur du lait; elle n'est nécessaire que pour le lait destiné à être longtemps conservé. La pasteurisation n'est praticable que dans l'industrie et les hôpitaux. Tout en détruisant les germes pathogènes et les ferments du lactose, et respectant ceux de la caséine, elle a le grand avantage de n'altérer nullement les qualités du lait; mais elle n'est pas suffisamment sûre pour le lait destiné aux nourrissons, surtout en été. L'ébullition, telle qu'elle est couramment pratiquée, procure une stérilisation largement suffisante pour les adultes bien portants. Mais elle a le double inconvénient de séparer une couche riche en crême et de donner au lait le goût de cuit. L'ébullition dans des bouilleurs spéciaux a une efficacité de stérilisation beaucoup plus grande, puisqu'il est facile de la prolonger à volonté; toutefois, aux inconvénients du procédé usuel précédent, elle ajoute celui de produire une perte d'eau considérable, de concentrer d'autant plus le lait qu'on veut le stériliser davantage.

Le chauffage indirect dans un bain d'eau bouillante ou de vapeur à 100° a, sur la stérilisation intensive et sur l'ébullition simple, l'avantage de moins altérer les qualités physiques, organoleptique, et chimiques du lait; il y a moins de perte d'eau, moins de condensation et de séparation de la

crème qu'avec l'ébullition à l'air libre, moins d'altération de la couleur que dans le lait chauffé au-dessus de 100°, moins d'altération de la saveur que dans les autres méthodes. C'est donc cette méthode qu'il faut conseiller pour l'allaitement artificiel avec l'emploi des petits flacons de Soxhlet. Pour donner à la méthode de Soxhlet toute l'efficacité possible, en assurant l'uniformité de température partout et la non contamination après stérilisation, Rodet préconise le bain de vapeur et un mode de bouchage spécial des flacons. La durée de chauffage doit être basée sur 3 éléments : le degré d'impureté du lait, la température du lieu et de la saison, le temps pendant lequel on veut conserver le lait. Pour une conservation de vingt-quatre heures, en hiver, quinze minutes d'ébullition suffisent largement ; en été, il faudrait vingt-cinq à trente minutes.

IV. — La diarrhée estivale des nourrissons peut tenir à 3 sortes de microorganismes : 1° à des microbes presque inoffensifs qui, grâce à la température élevée, pullulent dans le lait et deviennent nuisibles par leur masse ou par l'abondance de leurs produits, tels que les acides lactique, formique, acétique, butyrique, etc. ; 2° à des microbes toxiques par eux-mêmes ou par leurs produits vitaux ; 3° à des microbes provenant des milieux ambiants, air, eau, linge, vêtements, etc. La stérilisation du lait n'a de pouvoir que contre la première catégorie de ces organismes.

Aucun microbe n'est spécifique des diarrhées estivales ni du choléra infantile en particulier. Ces affections sont dues à des microorganismes saprogènes qui ont pour premier effet de former des peptones toxiques aux dépens des albuminoïdes des aliments. La putréfaction, en progressant, donne naissance à des ptomaïnes, à de l'indol, du phénol, etc., et, comme derniers termes, à des quantités considérables d'ammoniaque et peut-être aussi d'hydrogène sulfuré. L'absorption par les voies lymphatique et sanguine de cet ensemble de produits de la putréfaction détermine les symptômes morbides caractéristiques.

Baginsky défend ensuite la méthode de Soxhlet contre les reproches de Flügge qui la juge superflue parce qu'elle n'assure pas une stérilisation radicale.

V. — Gorini a pratiqué l'examen bactériologique d'une centaine de flacons de lait stérilisé d'un établissement industriel de Milan. En dehors des 4 bacilles habituels du lait signalés par Lœffler, il y a constaté la présence de 6 autres bacilles dont les 2 derniers sont nouveaux : 1° bacille mésentérique vulgaire ou bacille de la pomme de terre ; 2° bacille lioderme de Flügge ou gommeux de Loeffler ; 3° bacille blanc du lait de Loeffler ; 4° bacille butyrique de Butkin ; 5° bacille noir ; 6° bacille thermophile. Il conclut : la stérilisation du lait par la chaleur appliquée aux plus hauts degrés compatibles avec l'intégrité des qualités du lait ne fournit pas toujours un lait absolument dépourvu de germes. Toutefois, elle est apte à fournir un lait salubre et d'une bonne conservation. Les conditions fondamentales pour obtenir un lait salubre sont l'état frais du lait et son exposition au moins une demi-heure à la vapeur à 100° C. Les conditions requises pour une bonne conservation du lait sont son exposition à une température au-dessus de 100° C dans la vapeur sous tension et la fermeture hermétique des récipients. Les germes qui résistent au processus de stérilisation sont tous des champignons à spores qu'on peut

répartir, suivant leur fréquence, dans les 3 classes suivantes : *a*) microbes aérobies qui transforment le lait en présure et partant peptonisent la caséine ; ce sont les bacilles de la pomme de terre, du vinaigre, du beurre, le bacille noir du lait de Gorini, etc. ; *b*) microbes aérobies qui décomposent le lait en le rendant acide (bacille thermophile du lait de Gorini) ; *c*) microbes anaérobies qui décomposent le lait par des gaz acides (bacille butyrique de Butkin).

Les 2 premières espèces de microbes voient leur développement arrêté par la fermeture hermétique qui favorise au contraire le développement de la troisième, mais celle-ci est des plus rares dans le lait, parce qu'elle est la moins résistante à la chaleur.

Un échantillon de lait, hermétiquement fermé et laissé, sans y toucher, exposé huit ou dix jours à une température de 37 à 38° C., se conserve indéfiniment ; dans les mêmes conditions, un échantillon de lait bouché avec de la ouate peut être considéré comme absolument stérile.

VI. — Blasius et Beckurts, depuis deux ans, font l'examen bactérioscopique et chimique du lait stérilisé vendu à Brunswick. Il en a été débité pendant ce temps 483,716 flacons d'un tiers de litre dont 18,134 en dehors de la ville. D'autre part, il résulte de leur enquête auprès des parents et des médecins que ce lait a donné de bons résultats chez 96,17 0/0 des enfants de la ville et chez tous ceux de l'extérieur. La séparation des matières grasses de l'émulsion est insignifiante dans les huit premiers jours et est peu considérable même au bout de vingt-huit jours.

VII. — Niemann annonce avoir constamment constaté la présence d'hydrogène sulfuré dans une quarantaine de boîtes de lait conservé (lait nature de Waren) qu'il a examinées. L'odeur de ce gaz était marquée et le lait noircissait le papier plombique ; chaque boîte, renfermant 300 centimètres cubes de lait, contenait de 3 à 6 milligrammes d'hydrogène sulfuré. Toutes ces boîtes, sauf 3, ne présentaient aucun germe. Des 16 cobayes nourris avec ce lait, 14 ont succombé dans l'espace de trois à six jours.

Le mode de stérilisation employé dans la fabrique de Waren est le chauffage discontinu à température moyenne. J. B.

I. — **Experimentaluntersuchung über den Gasgehalt der Milch und einiger Produkte derselben, par Wilh. THÖRNER** (*Chem. Zeitung, XVIII, et Hyg. Rundsch., V, n° 7, p. 323, 1er avril 1895*).

II. — **Zur Kenntniss der spontanen Milchgerinnung, par Carl GUENTHER et Hans THIERFELFER** (*Hyg. Rundsch., IV, n° 24, p. 1105, 15 décembre 1894*).

III. — **Ueber seifige Milch, par WEIGMANN et ZIRN** (*Centralbl. f. Bakteriol., XV, nos 13 et 14*).

IV. — **Zur Abscheidung und Bestimmung des Milchfettes, par Carl BÖTTINGER** (*Chem. Zeitung, XVIII, et Hyg. Rundsch., V, n° 4, p. 180, 15 février 1895*).

V. — **Ueber Fettbestimmung in der Milch mittelst Centrifugalkraft, par Joseph ZEHENTER** (*Id. et ibid.*).

VI. — **Hamburg Gesetz vom 18 April 1894, betreffend den Verkehr mit Kuhmilch,** (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch Hyg., V, et Hyg. Rundsch., V, n° 4, p. 174*).

I. — Dans les premières heures après la traite, la teneur en gaz du lait pur oscille entre 57 et 86 centimètres cubes par litre ; les gaz y sont

presque entièrement à l'état de liberté et une simple coction les chasse. Ils se composent de 55,7 à 75 volumes 0/0 d'acide carbonique ; de 4,4 à 11 volumes d'oxygène et de 23 à 33 volumes d'azote. La composition chimique du lait, en particulier sa proportion d'acides, n'a aucune influence sur celle de ses gaz.

Le sérum du lait aigre est plus riche en gaz; il en renferme de 114 à 172 centimètres cubes par litre, dont 77 à 91 volumes 0/0 d'acide carbonique, lequel se forme aussi en abondance pendant le processus d'acidification du lait. Le lait centrifugé ou lait maigre contient de 27 à 54 centimètres cubes de gaz par litre, à savoir de 30 à 67 volumes 0/0 d'acide carbonique, de 2 à 10 volumes d'oxygène et de 31 à 59 volumes d'azote; les pertes portent donc principalement sur l'acide carbonique. Lorsque pour stériliser le lait, on le chauffe dans des vases découverts, il éprouve une déperdition énorme de ses gaz qui se réduisent de 68 à 15 ou de 79 à 19 centimètres cubes par litre. Loin de noter une forte diminution de l'acide carbonique, on constate même une légère augmentation de ce gaz quand la stérilisation du lait est effectuée en vases clos, par chauffage prolongé à la température de 100°. Pour Thöerner, le goût désagréable de cuisson qu'acquiert le lait stérilisé dans des récipients non clos, tient à ce qu'il a perdu son acide carbonique. Si, pour laisser échapper la minime quantité d'hydrogène sulfuré qui se produit dans la coction du lait, on persiste à le chauffer en récipients non fermés, il faut ensuite remplacer les gaz qu'il a perdus, en injectant de l'acide carbonique stérilisé.

II. — En étudiant les agents de la coagulation spontanée du lait, Günther et Thierfelder ont été frappés du fait contraire aux idées régnantes, que l'acide lactique isolé du lait acide n'est pas toujours uniquement de l'acide inactif ou de fermentation, mais qu'on rencontre fréquemment aussi la modification active, dextrogyre de cet acide, désignée sous les noms d'acide sarcolactique ou paralactique. Sur 8 échantillons de lait coagulé spontanément, provenant de 4 laiteries berlinoises, ils ont trouvé 5 fois l'acide lactique inactif et 3 fois un mélange des acides inactif et dextrogyre. Les agents d'acidification isolés de tous ces échantillons, inoculés dans du lait stérilisé, donnèrent toujours uniquement lieu à de l'acide lactique dextrogyre.

III. — Herz a baptisé savonneux le lait, qui a la saveur du savon, qui par le repos prolongé ne se coagule pas et forme seulement un sédiment muqueux, qui enfin mousse fortement, ainsi que sa crème, quand on le baratte. Weigmann et Zirn qui ont étudié, à la laiterie de la station d'essais agronomiques de Kiel, un lait semblable, durant l'hiver 1893-1894, y ont constaté la présence de 5 espèces microbiennes. 2 d'entre elles étaient aptes à coaguler le lait normal, 1 semblait indifférente. La 4e ressemblait de forme et de développement au bacille du foin; inoculée dans du lait elle le rendait muqueux au bout de 3 jours, et le jour suivant, alcalin et légèrement fluorescent en même temps qu'il y avait précipitation du même sédiment blanc. Enfin la 5e espèce, inoculée au lait y provoquait constamment l'altération caractéristique du lait savonneux. Ce bacille du lait savonneux ainsi que l'appellent Weigmann et Zirn, se présente en bâtonnets peu mobiles, à extrémités arrondies, à dimensions de 0,9 à 0,6 μ sur 0,4 à 0,5 μ. Sur plaques de gélatine, il

forme des dépôts muqueux blancs, arrondis, assez épais, à bords pas très nets, qui jaunissent graduellement du centre à la périphérie et liquéfient faiblement le sol nourricier; sur pommes de terre, il donne lieu à un abondant enduit muqueux d'un jaune cuivreux. Dans l'étable d'où provenait le lait, on avait remarqué que la paille de la litière offrait des taches; cette paille renfermait exclusivement les mêmes espèces microbiennes que le lait examiné. Dès qu'on eut renouvelé la paille et nettoyé soigneusement le pis de la vache, on eut du lait irréprochable. Dans une autre circonstance, Weigmann et Zirn ont trouvé que c'était le foin qui avait fourni les microbes de la saponification du lait.

IV. — Böttinger verse 6 centimètres cubes de lait dans une éprouvette graduée par 2/10 de centimètre cube et agite 5 minutes avec $1^{gr},2$ d'acide silicique amorphe calciné; le lait se coagule et se recouvre d'une matière spumeuse. Il chauffe ensuite avec précaution pendant 1 minute environ; au bout de ce temps la graisse se rassemble au-dessus du liquide aqueux sous forme d'anneau jaune, transparent. Après refroidissement de la solution, il lit le volume de la couche grasse. Il extrait cette graisse par l'éther et après évaporation de ce dernier la dessèche et la pèse.

V. — Il résulte des observations de Zehenter, que deux des procédés de dosage des matières grasses du lait fondés sur la force centrifuge, ceux de Babcock et de Gerber, ont une valeur sensiblement égale.

VI. — Le lait de vache ne peut être vendu à l'état frais, à Hambourg que sous les 3 catégories de lait entier, de demi-lait et de lait maigre; pour chacune de ces 3 sortes, sont fixés une teneur minimum en graisse et un poids spécifique maximum. L'addition d'eau et celle d'agents conservateurs sont interdites. Est prohibée la vente de lait cru trait directement de la vache, de même que celle du petit lait cru, destinés à une consommation immédiate. Avis doit être donné à la police des cas de scarlatine, de diphtérie, de fièvre typhoïde, de typhus, de fièvre à rechutes, de variole et de choléra survenant dans le logement ou dans la boutique du laitier. Les personnes atteintes d'affections contagieuses ne doivent pas manipuler le lait; l'autorité de police a le droit d'éloigner ces malades de la laiterie ou de fermer celle-ci pendant la durée de leur maladie. Chaque récipient doit indiquer quelle catégorie de lait il renferme. L'eau destinée à chauffer ou à rafraîchir le lait doit être dénaturée à l'aide d'un colorant. L'ouverture d'une nouvelle laiterie ne peut avoir lieu sans déclaration prélable à la police. Le pis des vaches et les mains des trayeurs doivent être soigneusement nettoyés et les premières gouttes de lait de la traite rejetées. Un vétérinaire a la surveillance des vaches laitières, des étables, du fourrage et de la laiterie. Le laitier est tenu de faire la déclaration des maladies de ses vaches. Les mêmes prescriptions s'appliquent à la vente de la crème, du lait caillé et du lait de beurre. J. B.

I. — Die Frauenmilch deren Veränderlichkeit und Einfluss auf die Säuglingsernährung, par P. BAUMM et R. ILLNER (*Sammlung klin. Vorträge, n° 105, 1894*).

II. — 100 analyses de lait de femme aux différentes périodes de l'allaitement, par E. PFEIFFER, et discussion de la 66e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berlin. klin. Woch., n° 45, p. 1031, 5 novembre 1894*).

I. — En analysant régulièrement, du 4e jour à la 7e semaine le

lait de 14 mères bien portantes, mangeant la nourriture mixte ordinaire et ayant des nourrissons se développant normalement, Baumm et Illner ont trouvé les chiffres suivants, comme composition moyenne du lait de femme : albumine 2,033; graisse 3,6; sucre 6,402; cendres 0,227; substance sèche 12,262. D'autre part ils ont constaté qu'à chaque tétée un enfant prend, en moyenne, 80 grammes de lait dans la 1re semaine, 110 de la 2e à la 4e et 130 de la 5e à la 7e semaine.

Le lait de la même femme est sujet à des variations, pour ainsi dire physiologiques, assez notables dans sa teneur en matières grasses et albumine, moins considérables dans sa teneur en sucre et en sels. Les variations de proportions entre les divers éléments constituants ne sont pas plus accusées chez les diverses femmes, que chez une même femme.

L'âge et la constitution de la mère, l'époque plus ou moins récente des couches, la primiparité ou la multiparité n'ont qu'une importance secondaire quant à la composition du lait. Il n'en faut donc pas tenir grand compte, dans le choix d'une nourrice. L'abondance de la nourriture et sa richesse en azote accroissent la teneur en graisse du lait, tandis que l'abondance des aliments hydro-carbonés, les mets épicés et la quantité de boisson n'ont pas d'influence appréciable sur la qualité du lait. Un régime spécial donné à la nourrice n'accroît pas l'augmentation de poids du nourrisson. Pourvu qu'une nourrice mange à sa faim, ce qu'elle mange est complètement indifférent. Les règles, les émotions, la mammite, la fièvre, la néphrite, le catarrhe gastro-intestinal des nourrices n'influent nullement sur la qualité du lait.

Comme les seules oscillations importantes dans la composition du lait portent sur la proportion des matières grasses, en cas de troubles digestifs du nourrisson, il suffit, pour la pratique, de doser la graisse du lait avec le lactobutyromètre; si celui-ci ne révèle pas un excès de matières grasses, c'est du côté du nourrisson qu'il faut chercher la cause de la dyspepsie.

Contrairement à ce qui se passe pour la qualité du lait, la quantité en est sujette à d'énormes oscillations. A cet égard, l'influence essentielle est exercée par le développement des seins et la période à laquelle est arrivée la lactation; l'âge et la constitution de la mère n'ont qu'une influence moindre. La quantité du lait dépend aussi dans une certaine mesure de celle des aliments; mais au delà d'un certain point, l'augmentation de la nourriture n'augmente plus la production du lait.

Puisque la qualité du lait demeure à peu près constante, indépendamment de la diversité des influences extérieures, la chose essentielle dans le choix d'une nourrice, est de reconnaître si elle a suffisamment de lait.

II. — En analysant le lait de 100 femmes aux diverses périodes de l'allaitement, Pfeiffer a reconnu que jusqu'au 5e mois il y a diminution continue de la proportion d'albumine et augmentation également continue de la proportion de sucre. La teneur en matières grasses est très variable. La valeur moyenne en calories du lait de femme est de 63 0/0, tandis que le lait de bonne qualité du commerce fournit 67 0/0 de calories.

Dans la discussion du congrès des naturalistes allemands, Schlichter dit avoir remarqué que la composition du lait peut varier chez la même

femme, dans de très larges limites, sans influence fâcheuse sur le nourrisson. Pour lui, c'est moins la qualité que la quantité du lait de la nourrice qui joue le plus grand rôle dans l'alimentation de l'enfant.

Monti s'élève contre la manière de voir de Schlichter, car il n'est pas douteux qu'un lait de faible densité et très gras ne produise des dyspepsies.

J. B.

I. — Reazione facile per scoprire se un vino sia stato colorato artificialmente con sostanze vegetali estranee, par A. SCALA (*Ann. d. Istit. d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma, IV*).

II. — Ueber leicht ausführbare Methoden der Nachweisung von Theerfarbstoffen in gefärbten Weinsorten, par LUDWIG (*Oesterr. Sanitätswesen, 1894, et Hyg. Rundsch., IV, n° 23, p. 1089, 1er décembre 1894*).

I. — Si l'on ajoute 1 volume d'une solution d'azotite de potasse à 5 0/0, à 3 volumes de vin, ou 2 centimètres cubes d'une solution aqueuse contenant 5 volumes 0/0 de formaldéhyde à 3 centimètres cubes de vin, la matière colorante naturelle est précipitée; le nitrite de potasse donne, après dépôt du précipité, un liquide jaune d'or, le formaldéhyde un liquide rouge cerise. La réaction reste la même quelles que soient les proportions d'alcool, d'acide acétique, de sulfate acide de potasse, d'acides tartrique et gallique, renfermées dans le vin. Les matières colorantes artificielles, telles que baies de sureau ou de phytolaque ne sont pas précipitées par ces deux réactifs. Aussi lorsqu'elles existent dans du vin blanc ou rouge, la reconnaissance en est très facile, car le réactif le colore en marron ou en rouge foncé. Les couleurs d'aniline rouges, introduites dans le vin, se comportent de la même façon que les matières végétales étrangères, en présence des deux réactifs. D'une façon générale, l'emploi de l'azotite de potasse est préférable, pour déceler la coloration artificielle des vins, au formaldéhyde qui fournit parfois des résultats douteux, mais qui peut cependant rendre des services quand on a affaire à des couleurs de goudron.

II. — Le conseil supérieur d'hygiène d'Autriche a été appelé à donner son avis sur les procédés employés par l'administration des douanes pour reconnaître la présence de matières colorantes du goudron dans les vins. La méthode prescrite jusqu'ici consiste à additionner le vin d'acétate de plomb, puis à l'agiter avec de l'alcool amylique; la teinte prise par l'alcool amylique permet de constater s'il existe de la fuchsine ou quelque couleur d'aniline de même genre. Mais ce procédé est impuissant à déceler la présence d'un grand nombre d'autres couleurs du goudron. Pour celles-ci, le conseil, par l'organe de Ludwig, recommande la méthode d'examen de Cazeneuve qui consiste à ajouter au vin de l'oxyde jaune de mercure et à le filtrer ensuite : si le filtrat est rouge on conclut à l'existence de matières colorantes artificielles. Ce procédé a donné de bons résultats pour 22 couleurs de goudron. Voici comment on doit opérer : dans 10 centimètres cubes de vin, on met deux décigrammes d'oxyde mercuriel jaune, on agite une minute le mélange et on le filtre dans un filtre triple, humecté d'eau; si le filtrat est trouble, on refiltre (*R. S. M.*, XLIII, 128).

J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Traité de médecine et de thérapeutique, par BROUARDEL, GILBERT et GIRODE Tome I : Maladies microbiennes (*In-8° 800 p., Paris, 1895*).

Le traité que publie le doyen de la Faculté de Paris avec la collaboration d'une élite de travailleurs et de savants marque une étape nouvelle dans les études médicales. Pour la première fois, nous voyons inscrits, comme en-tête de chapitres, des manifestations morbides d'origine microbienne dont le nom même était inconnu des générations précédentes. Streptococcie, pneumococcie, colibacillose, etc., peuvent figurer, dans la nosologie, comme l'expression de lésions confondues autrefois sous des rubriques diverses. Ce premier volume, qui débute par une étude magistrale de Girode, sur les maladies microbiennes en général, comprend des maladies bien connues : variole, varicelle, qui n'ont pas encore leur droit de cité absolue dans cette classe, puisqu'on n'a pas encore isolé l'agent pathogène spécifique. Ce n'est qu'anticiper de bien peu sur la marche des progrès scientifiques ; leur degré si net de spécificité, leur contagiosité indiquent à l'évidence que la découverte de cet agent n'est qu'une affaire de temps.

Le caractère novateur de ce traité n'exclut pas, tant s'en faut, la pathologie créée par nos devanciers. Les auteurs ne font pas table rase de tout ce passé de recherches, d'expériences et de faits bien observés. Ils cherchent à assurer la période de transition entre cette pathologie, dont la symptomatologie si bien assise n'a pas changé et ne changera pas de sitôt, et les études expérimentales qui ont permis d'élucider les questions si obscures d'origine, de pathogénie.

Ce volume est consacré aux maladies microbiennes. Citons, parmi les plus remarquables de cette série d'excellents articles : la diphtérie, par Grancher et Boulloche ; la pneumococcie de Landouzy ; la grippe de Netter ; streptococcie, par Widal ; la staphylococcie, par Courmont ; enfin la fièvre typhoïde, par Brouardel et Thoinot, véritable traité de cette maladie infectieuse, admirablement documenté à tous les points de vue.

A. CARTAZ.

Ein Gumma in der Vierhügelgegend..... (Une gomme dans la région des tubercules quadrijumeaux), par G. ILBERG (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 2, p. 323*).

Les principaux symptômes relevés dans l'observation d'Ilberg étaient : du ptosis, plus accusé à gauche qu'à droite ; une paralysie bilatérale des droits supérieurs ; une paralysie du droit interne du côté droit ; une gêne considérable pour mouvoir les yeux en dehors. Les traits de la figure étaient affaissés, la bouche était maintenue légèrement entr'ouverte, les commissures étaient pendantes. Lorsque la malade parlait, l'air refluait à la fois par le nez et par la bouche. Au moment d'articuler les labiales, il lui était impossible d'amener

les lèvres au contact ; aussi la parole était-elle indistincte. Plus tard ces manifestations en rapport avec une paralysie de certains filets du facial se sont atténuées. On a constaté aussi une anesthésie du pharynx, de la dysphagie consistant dans l'impossibilité d'avaler des aliments solides, des altérations intermittentes du timbre de la voix, des accès de rire spasmodique, qui contrastaient avec l'humeur habituelle de la malade.

Aux membres, on a noté des symptômes de paralysie motrice : impossibilité de marcher, de lever le bras au-dessus de la ligne horizontale, d'étendre l'avant-bras droit, maladresse des doigts de la main droite; ces manifestations ont passé par des alternatives d'aggravation et d'amélioration. Exagération des réflexes tendineux. Diminution de la sensibilité tactile et douloureuse aux membres; on a pu inciser un panaris chez la malade, sans que celle-ci ait ressenti la moindre douleur. Atrophie du membre supérieur droit. A noter qu'au début, avant son entrée à l'hôpital, la malade avait présenté de l'incoordination motrice, et du tremblement provoqué par les mouvements intentionnels.

Le jour de sa mort elle a eu deux attaques caractérisées par de la perte de la connaissance et une paralysie presque complète du côté droit ; la déviation conjuguée des yeux, qu'on avait constatée chez elle depuis quelque temps, persistait.

A l'autopsie on a trouvé dans la moitié gauche de la région des tubercules quadrijumeaux, une tumeur qui envahissait la paroi interne du 4e ventricule, développée surtout du côté ventral, s'effilant en pointe, en avant.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une gomme. Dans la substance du cerveau et de la moelle, dans les racines des nerfs spinaux et principalement dans la pie-mère, on a découvert de nombreux foyers de cellules arrondies, très vascularisés..

L'auteur a procédé à une analyse méthodique des symptômes énumérés ci-dessus, pour montrer leurs relations avec les lésions en foyers ou systématiques, révélées par l'autopsie. La dégénération du noyau de l'oculo-moteur commun, du noyau et du tronc du pathétique, du tronc de l'abducens rendaient compte de la paralysie des muscles de l'œil. Des altérations des troncs du facial, du nerf nasal, du tronc et du noyau de l'hypoglosse rendaient compte des phénomènes de paralysie notés à la face, de l'embarras de la parole, des modifications du timbre de la voix, etc. Les troubles du mouvement et de la réflectivité aux membres, avaient leur raison d'être dans une dégénération des pyramides bulbaires, qui, chose curieuse, ne s'accompagnait pas d'une dégénération secondaire descendante des pyramides spinales. L'atrophie du bras droit et les troubles de la sensibilité aux quatre membres pouvaient s'expliquer par les altérations des nerfs périphériques. Les troubles de l'équilibration de même que la déviation conjuguée doivent être mis sur le compte direct de la tumeur des tubercules quadrijumeaux. Les attaques apoplectiformes de la fin, qui ne trouvaient pas leur raison d'être dans des altérations de la capsule interne, peuvent être attribuées soit à la compression croissante exercée par la tumeur ou à une oblitération de la sylvienne par une embolie, une thrombose. Particularité curieuse, on a constaté l'existence d'une hydrocéphalie considérable avec aplatissement des circonvolutions cérébrales, sans œdème de la papille. E. R.

Ueber einen Tumor der Vierhügelgegend..... (Sur une tumeur des tubercules quadrijumeaux postérieurs et sur les rapports des tubercules quadrijumeaux postérieurs avec les troubles de l'ouïe), par WEINLAND (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 2, p. 363*).

A l'autopsie d'une malade dont Weinland a publié l'observation, l'examen de l'encéphale a révélé les lésions suivantes :

Destruction du vermis antérieur et de la commissure antérieure du cervelet, sans participation appréciable des noyaux gris; légère altération du segment postérieur du bras gauche, des tubercules quadrijumeaux.

Destruction presque complète de l'extrémité proximale de la partie latérale du ruban de Reil, à gauche; destruction du tubercule quadrijumeau postérieur gauche et de sa commissure; destruction presque complète de la partie postérieure du pédoncule cérébelleux supérieur gauche.

Destruction complète du tubercule quadrijumeau antérieur gauche, presque complète du bras antérieur du côté correspondant. Désorganisation des fibres radiées qui, de la région des tubercules quadrijumeaux du côté gauche, se rendent à la substance grise centrale des ventricules.

Ces altérations étaient en rapport avec la présence d'une tumeur gliomateuse.

D'après Weinland, la faiblesse de l'ouïe du côté droit, constatée du vivant de la malade, était sous la dépendance de la désorganisation du tubercule quadrijumeau postérieur du côté gauche. En mettant son observation en parallèle avec deux autres publiées par Ferrier et Ruel, l'auteur conclut « qu'une affection de l'un des tubercules quadrijumeaux postérieurs entraîne des troubles de l'ouïe du côté opposé » ; il ajoute que « l'hypothèse d'une seconde voie de communication allant du nerf cochléaire au cerveau proprement dit, indépendamment de la voie représentée par la partie latérale du ruban de Reil, n'est pas fondée ».

L'ataxie cérébelleuse précoce, observée chez la malade de Weinland est attribuée par celui-ci à la compression que la tumeur exerçait sur le cervelet. Lorsqu'un néoplasme reste circonscrit aux tubercules quadrijumeaux, l'ataxie qu'on peut observer en pareils cas est attribuable à la compression des bras des tubercules quadrijumeaux.

Chez la malade en question, il n'y a pas eu de troubles du côté de l'appareil musculaire des yeux, ce qui doit être attribué au siège superficiel de la néoplasie. E. R.

Beiträge zur pathologischen Anatomie..... (Anatomie pathologique et complexus symptomatique clinique des affections cérébrales multiples), par M. KÖPPEN (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 1, p. 99*).

L'auteur publie une première observation qu'il représente comme un exemple d'une espèce nouvelle de paralysie générale, caractérisée par des « altérations colossales des vaisseaux » ; ces altérations pourraient être désignées, suivant lui, sous le nom de périencéphalite angiomateuse, vraisemblablement en rapport avec une néoformation vasculaire, et sans que toutefois celle-ci soit démontrée.

Une autre observation se rapporte à un malade, à l'autopsie duquel on a trouvé des kystes et des cicatrices de l'écorce cérébrale, en même temps que des altérations diffuses. Bref les circonstances anatomiques du cas étaient assez semblables à celles qu'on voit se développer dans le cerveau, à la suite du traumatisme. Les symptômes observés du vivant du malade étaient en

partie ceux de la paralysie générale : démence, idées hypochondriaques, paralysie complète du côté gauche, paralysie partielle du côté droit, atrophie des extenseurs de l'avant-bras. Conservation des réactions pupillaires ; pas d'embarras de la parole. L'auteur pense qu'on peut rattacher le cas à la forme traumatique de la paralysie générale. A noter que chez ce malade, l'autopsie a révelé, en outre, l'existence d'une poliomyélite cervicale, avec dégénérescence secondaire unilatérale.

A l'autopsie d'un autre malade qui, de son vivant, avait présenté les manifestations de la paralysie agitante, sans tremblement, mais associées à des accès de vertiges, à de l'embarras de la parole, à la démence, on a trouvé des foyers multiples de ramollissement, des altérations spinales en rapport avec une affection systématique combinée, le tout avec des altérations vasculaires (athéromasie) extrêmement intenses. Cette coexistence des symptômes de la paralysie agitante et de l'artério-sclérose des vaisseaux cérébraux a été constatée chez un autre malade. Il paraît donc possible, fait remarquer l'auteur, de rattacher les symptômes en question aux altérations organiques présentées par le cerveau.

L'auteur conclut de l'ensemble de ces cas que la localisation de certaines affections cérébrales est régie en partie par la distribution des vaisseaux dans le cerveau.

A noter encore un symptôme constaté chez le second des malades dont il a été question plus haut, et que l'auteur propose d'appeler « pseudo-symptôme de Graefe ». Voici en quoi il consistait : quand le globe de l'œil se déplaçait de haut en bas, la paupière supérieure était en retard sur ce mouvement, mais pour un temps seulement. E. R.

Zur differentiellen Diagnose zwischen den Tumoren der Vierhügel und des Kleinhirnes (Diagnostic différentiel des tumeurs des tubercules quadrijumeaux et de celles du cervelet), par L. BRUNS (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 2, p. 299*).

De l'étude de deux observations concernant, la première une tumeur des tubercules quadrijumeaux, la seconde un sarcome du cervelet, l'auteur a tiré les conclusions suivantes, relativement à la question de diagnostic différentiel :

1° L'association d'une ophtalmoplégie bilatérale à l'ataxie n'a pas la valeur pathognomonique que lui a attribuée Nothnagel pour le diagnostic d'une lésion des tubercules quadrijumeaux ; cette association peut se rencontrer dans des cas où la lésion occupe un autre siège, le cervelet, par exemple ;

2° Peut-être que dans les cas de cet ordre, le début par de l'ataxie et la prédominance de cette dernière parlent-ils en faveur d'une lésion du cervelet, et le début par l'ophtalmoplégie, avec prédominance de ce symptôme, en faveur d'une lésion des tubercules quadrijumeaux. Mais cette conclusion ne doit être acceptée qu'avec des réserves ;

3° Quand l'ophtalmoplégie reste circonscrite au domaine d'innervation de l'oculo-moteur commun et du pathétique, c'est une présomption en faveur d'une affection des tubercules quadrijumeaux. La participation de l'oculo-moteur externe à la paralysie, peut toutefois s'observer dans ce dernier cas. La paralysie de quelque autre nerf cranien situé plus bas que l'oculo-moteur externe parle davantage en faveur d'une affection du cervelet ;

4° L'incoordination motrice, le tremblement provoqué par les mouve-

ments intentionnels, les mouvements choréiformes parlent plutôt en faveur d'une affection des tubercules quadrijumeaux.

Enfin l'auteur pense que l'ataxie dite cérébelleuse est surtout une manifestation d'origine bulbaire, due à la compression du bulbe par une tumeur du cervelet. E. R.

Des aphasies sensorielles, par DEJERINE (*Bulletin méd., 20 mars 1895*).

Les aphasies sensorielles doivent être partagées en deux catégories, suivant que la lésion dont elles relèvent est localisée ou non dans la zone du langage. Dans la première, on trouve : 1° l'aphasie sensorielle classique de Wernicke produite par la lésion de la première circonvolution temporale et du gyrus supra terminalis ; 2° la cécité verbale avec agraphie ou altérations très marquées de l'écriture relevant d'une lésion du pli courbe.

La deuxième catégorie comprend la cécité verbale pure avec intégrité de l'écriture spontanée et sous dictée et la surdité verbale pure. Ici la zone du langage est intacte. Le fait est démontré pour la cécité verbale pure et il en est de même, probablement pour la surdité verbale pure. A. C.

Notes on a case of dual brain action, par Lewis BRUCE (*Brain, part LXV, p. 54*).

Observation curieuse d'un marin, originaire du pays de Galles, chez lequel le dédoublement des phénomènes psychiques semble se faire alternativement par chacun des hémisphères séparément. Tantôt il pense en anglais, et parle cette langue ; il est alors droitier, écrit lisiblement de gauche à droite ; son état mental est celui d'une manie chronique : actif, agité, bruyant, bavard, exubérant ; tous les sens spéciaux sont intacts et assez développés. A d'autres moments, il pense dans la langue du pays de Galles, parle gallois, écrit de la main gauche, et de droite à gauche des mots inintelligibles ; c'est un véritable dément, son langage est incompréhensible, et il ne comprend pas un mot d'anglais ; il reste inerte, sans faire aucun travail physique ni aucun effort intellectuel, ne se souvient de rien, ne reconnaît personne ; la circulation est lente et ses jambes deviennent œdémateuses. Ses sens paraissent oblitérés. La tension sanguine du pouls est faible tandis qu'elle était forte dans le stade précédent. Le fonctionnement du cerveau droit est évidemment très inférieur à celui du cerveau gauche chez lui. H. R.

Case of tumour of pons and left crus cerebri, par Seymour SHARKEY (*Brain, part LXVI, p. 238*).

Homme de 33 ans. Trois mois et demi avant son admission, sueurs profuses, puis paralysie des muscles droits supérieurs des deux yeux ; hémianopsie, surdité, parésie du côté droit. A son entrée à l'hôpital (janvier), on constate les symptômes précédents, et de plus une altération du sens du toucher et de la sensibilité thermique (pas de modification de l'odorat ni du goût), de l'embarras de la parole et de la difficulté d'articuler les mots, de l'inégalité pupillaire, de la céphalée et de la diminution de la mémoire.

En février, l'affaiblissement mental s'accentue, l'aphasie est complète, ainsi que la perte de la mémoire des mots, somnolence. Bientôt se montre une paralysie faciale droite. En mars, perte du goût et du sens musculaire. En avril, hémiplégie droite incomplète. En mai, hyperpyrexie et coma final.

Tous ces symptômes correspondent à la présence d'une tumeur localisée à

la partie supérieure du plancher du 4e ventricule et envahissant progressivement le pédoncule cérébral gauche et la capsule interne. La névrite optique n'a été qu'une complication tardive.

Les sueurs profuses du début constituent un symptome d'un haut intérêt physiologique, car elles semblent indiquer l'existence d'un centre sudoral protubérantiel. Un autre point intéressant est l'affaiblissement graduel de l'intelligence à la suite de la suppression des impressions sensitives périphériques, malgré l'intégrité de l'hémisphère et la persistance du corps calleux qui maintenait les communications libres avec l'autre hémisphère.

H. R.

I. — Sur le mécanisme de l'agraphie dans l'aphasie motrice corticale, par Ch. MIRALLIÉ (*Soc. de biol., 30 mars 1895*).

II. — Remarques à propos de la communication précédente, par DEJERINE (*Ibid.*).

I. — Dans l'aphasie motrice corticale, l'agraphie ne consiste pas dans l'impossibilité de tracer sur le papier les lettres et de les assembler en mots. Elle résulte de l'impossibilité d'évoquer dans le langage intérieur la notion même des lettres et des mots; c'est-à-dire d'une altération même de la notion du mot. C'est pour cette raison que les agraphiques ne peuvent pas mieux écrire avec des lettres mises à leur disposition (caractères d'imprimerie) que lorsqu'ils ont une plume entre les doigts. 2° L'agraphie ne résulte donc pas d'un trouble moteur, d'une perte d'images graphiques, et par suite ne relève pas de l'altération d'un centre moteur graphique autonome spécialisé pour les mouvements de l'écriture.

II. — La conservation de la faculté de copier chez l'aphasique moteur est inconciliable avec l'hypothèse d'un prétendu centre graphique. Ce n'est pas une reproduction servile d'un dessin, mais une transcription d'imprimé en manuscrit dans laquelle l'aphasique exécute les mêmes mouvements qu'il ferait dans l'écriture spontanée et sous dictée. DASTRE.

Tumor of the cerebellum with bulimia and recurrent apoplectiform seizures, par ESKRIDGE (*Boston med. and surg. Journal, 10 janvier 1895*).

Histoire clinique d'un homme de 36 ans ayant présenté de mai à décembre 1894, une série d'attaques apoplectiformes alternant avec un état de santé du reste fort mauvais et présentant comme symptôme proéminent un appétit excessif, de la boulimie.

A l'autopsie, on trouve : les ventricules latéraux considérablement distendus mais vides toutefois comme si le liquide s'était échappé par le 3e ventricule et l'infundibulum sans aucune autre lésion appréciable du cerveau; par contre le cervelet était envahi par une tumeur plus spécialement localisée sur la portion antérieure de son lobe moyen, le côté gauche de ce lobe étant infiltré presque jusqu'à son centre, le côté droit ne l'étant que dans la région antérieure; les trois pédoncules cérébelleux étaient également envahis sur le côté gauche, tandis qu'à droite seuls les pédoncules moyen et supérieur étaient atteints; la néoplasie s'étendait en dehors du cervelet infiltrant les parois supérieure et latérale de l'aqueduc de Sylvius et atteignant même quelque peu les tubercules quadrijumeaux. La tumeur exerçait ainsi de la compression sur les planchers du 4e ventricule et de l'acqueduc de Sylvius ainsi que sur les veines de ces régions et sur les sinus adjacents. Le diagnostic histologique fut : sarcome mixte à petites cellules rondes et à grandes cellules fusiformes. CART.

De l'hérédo-ataxie cérébelleuse, par LONDE (*Thèse de Paris*, *1895*).

Après un exposé général des maladies familiales du système nerveux, l'auteur aborde l'étude de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, nom que Pierre Marie a donné au type morbide qui fait l'objet de ce travail, affection héréditaire et surtout familiale (hérédo), qui se manifeste cliniquement par de l'incoordination (ataxie) et dont la lésion principale siège dans le cervelet (cérébelleuse). C'est une sœur de l'ataxie héréditaire de Friedreich. On y retrouve la même titubation qui donne à l'ataxie particulière de ces deux types le caractère cérébelleux. Mais le siège n'est pas le même. Tandis que dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, la lésion est cérébelleuse, dans la maladie de Friedreich la principale lésion est dans la moelle. La principale distinction clinique consiste dans l'abolition des réflexes rotuliens dans la maladie de Friedreich et leur exagération habituelle dans l'hérédo-ataxie. C'est là le seul signe clinique sur lequel est basé le diagnostic. D'autre part, le caractère spasmodique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse la rapproche dans une certaine mesure de la paraplégie spasmodique familiale étudiée récemment.

Le fait fondamental en anatomie pathologique, c'est l'atrophie du cervelet, qui peut être générale ou partielle. Quant à la physiologie pathologique, l'auteur fait une critique soignée des contradictions apparentes qui peuvent exister et ont été relevées par les auteurs et montre que la suppression expérimentale du cervelet produit les mêmes troubles fonctionnels qui caractérisent l'hérédo-ataxie cérébelleuse, ce qui démontre bien le rapport entre l'ataxie et la lésion du cervelet. P. S.

Ein Fall von acuter Myelitis der weissen Substanz (Substance blanche), par K. KUESTERMANN (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVI*, *2*, *p. 381*).

A la suite d'une attaque subite de vertige, une femme de 41 ans a eu de la rétention d'urine, suivie à quelques heures de distance, d'une paralysie motrice des membres inférieurs, dont l'intensité est allée en augmentant. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme était atteinte d'une paraplégie complète ; ses membres inférieurs étaient amaigris. Quand on leur imprimait des mouvements passifs, on se heurtait à une rigidité des différentes jointures. Le moindre attouchement développait des contractions réflexes des fléchisseurs et des adducteurs de la cuisse. L'atrophie, plus prononcée à gauche, intéressait surtout les extenseurs de la cuisse. Les réflexes tendineux étaient exagérés, de même que les réflexes développés par le chatouillement de la plante. La sensibilité à la douleur était abolie, en arrière à partir de la 7e vertèbre dorsale et en descendant, en avant à partir de l'appendice xyphoïde ; dans ce même territoire on notait des troubles de la sensibilité thermique. La sensibilité tactile s'est prise à son tour dans la suite. L'excitabilité électrique des muscles des nerfs était simplement diminuée aux membres inférieurs. Les signes de la réaction de dégénérescence faisaient défaut.

Plus tard l'incontinence d'urine a fait suite à la rétention. Une ulcération de décubitus s'est formée au siège. La malade a succombé aux suites d'une bronchite purulente.

A l'autopsie, on a trouvé des altérations de la moelle, limitées à la substance blanche et disposées par foyers. Elles occupaient un niveau compris entre deux points situés à 14 et 24 centimètres au-dessus du filum terminale ; en deux points seulement elles empiétaient un peu sur la substance grise. Leurs

dimensions en hauteur dépassaient celles en largeur. Elles étaient plus prononcées à la périphérie qu'au centre. Dans les parties marginales, le tissu conjonctif était complètement détruit; il ne subsistait plus de fibres nerveuses. Les foyers étaient constitués presque en totalité par des cellules à granulations, des gouttelettes de graisse, résidus des fibres nerveuses. Là où le processus atteignait une moindre intensité, le tissu conjonctif était conservé, et on découvrait encore un certain nombre de cellules nerveuses. Là où le processus atteignait son maximum d'intensité et d'extension et où il empiétait sur la substance grise, il y a avait eu formation de lacunes cavitaires. Les vaisseaux n'étaient pas en voie de prolifération bien manifeste; ils manquaient complètement là où le processus myélitique était à son maximum.

L'auteur pense que cette myélite de la substance blanche, développée sans cause occasionnelle apparente, était en rapport avec une infection aiguë (myélite aiguë infectieuse). E. R.

Méningo-encéphalopathie de nature grippale, par TROUILLET et ESPRIT (*Semaine méd.*, *24 avril 1895*).

Etude des accidents cérébraux de la grippe d'après 65 faits réunis depuis quatre ans. Après avoir rappelé les travaux antérieurs, T. et E. classent leurs observations sous trois formes : forme bénigne : céphalalgie gravative persistant quelques jours avec parésie, névralgies irradiées, température de 38°,5 à 40°, pouls rapide, légère albuminurie; deuxième forme, moyenne : mêmes symptômes, avec crises épileptiformes, spasmes, contractures, délire, rétention d'urine, selles involontaires, dépression du ventre, raie méningitique, durée de la période aiguë 8 à 10 jours, 14 cas tous guéris; troisième forme, grave : raideur de tout l'axe spinal, opisthotonos, délire, contractures douloureuses, dysphagie, strabisme; puis surviennent les phénomènes de paralysie, de dépression avec coma, 20 cas avec 11 morts.

T. et E. discutent le diagnostic de ces accidents et préconisent comme traitement le repos absolu du système nerveux par l'isolement, le chloral, l'antipyrine, la morphine, mais surtout par l'emploi des bains tièdes prolongés à 30° ou quelquefois de bains frais à 25° avec glace sur la tête.

A. CARTAZ.

Note sur un cas de méningo-myélite tuberculeuse, par LONDE et BROUARDEL (*Archives de méd. exp.*, *VII, 1*).

Une femme de 27 ans, d'un développement intellectuel très incomplet, est prise des signes d'une tuberculose pulmonaire chronique, compliquée tardivement d'une méningite cérébro-spinale de même nature. C'est la localisation spinale qui attire surtout l'attention et entraîne les phénomènes les plus saillants : rachialgie, douleurs pseudo-névralgiques, paraplégie, hyperesthésie, rétention d'urine, œdème vaso-paralytique. A l'autopsie on trouve une lepto-méningo-myélite prédominant à la face postérieure de la moelle, avec lésions de périphlébite, nodules tuberculeux, cellules géantes, vastes infiltrations. L'analogie avec la méningo-myélite syphilitique est considérable : celle-ci pourtant prédomine d'ordinaire au niveau du sillon médian antérieur. Mais dans certains cas, la recherche du bacille de Koch pourrait devenir nécessaire. GIRODE.

Observations upon the central relations of the vago-glosso-pharyngeal, vago accessory and hypoglossal nerves, from the study of a case bulbar paralysis, par W. Aldren TURNER et W. BULLOCH (*Brain, part. LXVIII, p. 693, 1894*).

Une femme de 66 ans est amenée à l'hôpital avec les symptômes suivants : parésie des lèvres, de la langue et du voile du palais, troubles de l'articulation des mots et dyspepsie ; plus tard, parésie des cordes vocales et atrophie des muscles interosseux des mains, intégrité des muscles de l'œil et des muscles masticateurs. Durée de la maladie, deux ans et demi.

A l'autopsie, dégénération des cellules ganglionnaires du noyau de l'hypoglosse, du noyau ambigu, du noyau facial et des cornes antérieures de la moelle cervico-dorsale. Légère sclérose des cordons pyramidaux croisés.

De l'étude histologique faite par les auteurs résultent les données suivantes :

1° Le principal noyau de l'hypoglosse (noyau de Stilling) est l'unique source des fibres radiculaires du nerf hypoglosse. Les fibres propres du noyau viennent pour la plupart des pyramides ; quelques-unes de la formation réticulaire ;

2° Le *nucleus ambiguus* est le noyau d'origine des fibres motrices vaso-glosso-pharyngées et vaso-accessoires et constitue la source de l'innervation de l'éleveur du palais (péristaphylin externe), des muscles thyro-arythénoïdiens et probablement aussi des constricteurs du pharynx ;

3° Le noyau postérieur vaso-glosso-pharyngé est le noyau terminal où viennent aboutir les cylindraxes des cellules ganglionnaires du tronc des nerfs glosso-pharyngés et pneumogastriques ;

4° Le tronc du nerf facial reçoit un large appoint des fibres du faisceau longitudinal postérieur du côté opposé, qui viennent probablement du noyau oculo-moteur ;

5° Le groupe cellulaire postéro-latéral des cornes antérieures de la moelle est celui qui est atteint le plus tard, et le moins gravement, dans la polio-myélite chronique progressive ; il semble, d'après les recherches de Mingazzini, être affecté de préférence aux fonctions réflexes de la moelle.

H. R.

Paralysie bulbaire supérieure subaiguë à type descendant, par J.-B. CHARCOT et G. MARINESCO (*Soc. de biol., 23 février 1895*).

Ophtalmoplégie externe complète ; paralysie complète des membres inférieurs, incomplète des membres supérieurs, du tronc, de la face, chez un malade de 13 ans qui meurt en 3 mois. La paralysie était sans atrophie, sans trouble de réaction électrique ne relevant pas d'une lésion dégénérative des centres des muscles affectés. On pourrait admettre une abolition de la fonction motrice de la cellule avec conservation de la fonction trophique. DASTRE.

Kurze Mittheilung zur Symptomatologie der Pseudobulbärparalyse, par OPPENHEIM (*Fortschr. der Med., XIII, p. 1*).

L'auteur attire l'attention sur certains symptômes, qui sont pour lui dus à une absence de l'action d'arrêt et portent un cachet convulsif. Tel est le rire et le pleurer convulsif. Il est remarquable de voir les muscles de la face, qui ne sont que difficilement et insuffisamment mis en mouvement par la volonté, se tendre violemment sous l'influence des émotions.

De même il a vu les paupières, qui ne pouvaient sous l'influence de la volonté se fermer que momentanément, ne devenir susceptibles de se fermer pendant longtemps qu'en irritant longtemps la conjonctive.

C. LUZET.

A case of amyotrophic lateral sclerosis with degeneration of the motor path from the cortex to the periphery, par Fred. W. MOTT (*Brain, part. LXIX, p. 21*).

La sclérose latérale amyotrophique est-elle une entité morbide ou une variété de l'atrophie musculaire progressive ? Le fait suivant semble indiquer que le processus dégénératif affecte simultanément et progressivement tout le système moteur spinal, depuis l'écorce cérébrale jusqu'aux pyramides, aux cordons latéraux, aux cornes antérieures et aux racines motrices.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, dont la maladie a duré un an. Caractérisée d'abord par de la faiblesse et de la lourdeur de la jambe droite, augmentant progressivement et s'accompagnant d'une atrophie musculaire, avec exagération des réflexes. Bientôt les mêmes symptômes atteignent le bras droit et la main, avec atrophie des interosseux et des éminences thénar et hypothénar. Plus tard, la jambe gauche est affectée à son tour, puis le bras gauche et le tronc. La mort survient par envahissement du bulbe et parésie du diaphragme.

L'autopsie révéla une sclérose de tout le tractus pyramidal depuis l'écorce cérébrale jusqu'à la partie inférieure de la moelle en passant par la capsule interne et les pyramides. Simultanément destruction des cellules motrices des cornes antérieures. (Voir l'original pour le détail des lésions.) H. R.

Local anesthesia as a guide in the diagnosis of lesions of the upper portion of the spinal cord, par Allen STARR (*Brain, part. LVXII, p. 481*).

Mémoire basé sur 9 cas bien analysés de lésions localisées à la moelle cervicale. De la comparaison de ces faits et de l'examen des troubles de la sensibilité chez les malades, Allen Starr tire les conclusions suivantes :

Il existe sur les membres supérieurs des zones d'anesthésie limitées en rapport avec les altérations des divers segments de la moelle compris entre la 4e vertèbre cervicale et la 2e dorsale :

1° La lésion spinale répondant à la 1re vertèbre dorsale se traduit par une zone d'anesthésie fort étroite, commençant au niveau de l'aisselle, à la face interne du bras et finissant au poignet, sans empiéter sur la main ;

2° La seconde zone comprend le bord cubital de la main, à la fois sur sa face dorsale et palmaire, le petit doigt et la moitié interne de l'annulaire. Elle se prolonge sur le bras et l'avant-bras par une bande étroite située en dehors de la précédente et remontant jusqu'à l'aisselle. Elle correspond au segment de la moelle d'où émane la 8e paire verticale ;

3° Elle s'étend sur la ligne médiane, comprenant le médius, le milieu de la paume de la main, le centre de l'avant-bras et du bras ; correspond au 7e segment cervical ;

4° (6e segment cervical). Comprend le reste de la peau des doigts et du pouce et une très petite bande de peau sur le bras et l'avant-bras, en dehors de la ligne médiane ;

5° Elle dérive du 5e segment cervical et répond au bord externe de l'avant-bras et du bras jusqu'au niveau de l'insertion du deltoïde ;

6° Il est probable que les lésions du 4e segment cervical déterminent l'anesthésie du sommet de l'épaule et de la région susclaviculaire, mais la gravité des lésions de cette partie de la moelle, qui gouverne le diaphragme et les nerfs inspirateurs, entraîne trop vite la mort pour qu'on puisse analyser les troubles de la sensibilité correspondants.

L'auteur insiste sur les différences de topographie de ces anesthésies de cause spinale, avec celles qui dépendent de l'hystérie et des névrites périphériques. Il insiste également sur les troubles du centre cilio-spinal correspondant à la lésion du 1er segment dorsal de la moelle.

Au point de vue des symptômes moteurs, les observations précitées confirment les données publiées dans les deux premiers mémoires de l'auteur (*Americ. Journ. of Neurology*, 1884 et 1888), à savoir que chaque muscle puise son innervation dans plus d'un segment de la moelle, opinion contraire à celle soutenue par Thorburn et Collins. En effet il est rare qu'une lésion limitée à un seul segment de la moelle paralyse complètement un muscle isolé. Un tableau représentant les origines réelles multiples intra-spinales des muscles est annexé au mémoire.

H. R.

Hémiatrophie de la face avec phénomènes oculo-pupillaires dans un cas de syringomyélie unilatérale, par DEJERINE et MIRALLIÉ (*Soc. de biologie, 9 mars 1895*).

Le centre cilio-spinal était intéressé dans la lésion, d'où le phénomène oculo-pupillaire. L'hémiatrophie de la face, explicable par une lésion de la racine descendante du trijumeau qui rendrait compte en même temps des troubles de la sensibilité du côté hémiatrophié, est cependant rapportée ici à la paralysie des filets sympathiques provenant de la région cervico-dorsale de la moelle, en même temps que la diminution d'ouverture de la narine et l'absence de sécrétion sudorale. DASTRE.

Contribution à l'étude de l'inflammation de l'épendyme de la moelle épinière, par JOFFROY et ACHARD (*Archives de méd. exp., VII, 1*).

Un homme de 68 ans, ayant présenté une attaque apoplectique suivie d'aphasie et d'hémiplégie faciale droite, et plus tard une paraplégie spasmodique, succombe à une broncho-pneumonie. A l'autopsie, outre plusieurs foyers de ramollissement cérébral, il existe une lésion médullaire intense ; la partie moyenne de la région dorsale est affaissée et ramollie. A l'examen histologique, le canal de l'épendyme se trouve dilaté, comme bourgeonnant, ou même, sur certaines coupes, ramifié et multiple. Il existe, en plus de la prolifération épendymaire, une prolifération névroglique qui lui semble surajoutée secondairement, comme on voit certains adénomes s'entourer d'une réaction fibreuse intense. On peut se demander si ce processus ne représente pas une loi générale des altérations du type syringomyélique. Dans cette hypothèse, une altération hyperplasique de l'épendyme primerait et commanderait les lésions gliomateuses ; et ainsi pourrait être tentée une synthèse des théories proposées pour expliquer le processus syringomyélique.

GIRODE.

Quelques observations de troubles de la marche; dysbasies d'origine nerveuse, par HALLION et J.-B. CHARCOT (*Archives de neurol., p. 81, 28 février 1895*).

L'auteur rapporte quatre observations fort intéressantes de troubles de la marche qu'il désigne du nom générique de dysbasies. La première représente une dysbasie de cause psychique, rentrant dans le groupe des basophobies. La seconde et la troisième sont des exemples de dysbasies neurasthéniques. La quatrième, à propos de laquelle le diagnostic différentiel avec la claudication intermittente par oblitération artérielle pourrait, à la rigueur, se poser, se rattache à la dysbasie par affection organique du système nerveux. P. S.

Sur un cas de paramyoclonus, par GARNIER (*Thèse de Paris, 1895*).

Il s'agit d'un homme de 27 ans, qui, à la suite de marches forcées, est pris de douleurs violentes dans les jambes. Ces douleurs disparaissent et il ressent un peu de faiblesse. En outre, il y a une agitation incessante des muscles des mollets et des contractions fibrillaires de tous les muscles de la jambe survenant d'une façon intermittente et irrégulière. A la moindre excitation, au moindre mouvement, elles s'exagèrent. La volonté les fait disparaître momentanément. La marche est difficile, les jambes sont demi-fléchies. Les contractions cessent dans la station debout. Pas de signes de Romberg. Parole un peu embarrassée par suite de contractions fibrillaires de la langue. Léger nystagmus. Les contractions cessent pendant le sommeil; elles s'exagèrent le soir. Sueurs profuses par moments. Réflexes normaux. Sensibilité normale. Pupilles égales : réflexes normaux. Pas de troubles intellectuels. Contractilité électrique des muscles, normale. Sous l'influence des injections de cocaïne, le malade guérit en 3 mois, et sa guérison s'est maintenue depuis 3 ans.

L'auteur rattache le paramyoclonus à la neurasthénie. Il en considère le pronostic comme bénin et recommande comme traitement les injections de cocaïne pour diminuer l'excitabilité musculaire. P. S.

Gigantisme et acromégalie, par BRISSAUD et MEIGE (*Journ. de méd. et de chir. pratiques, 25 janvier 1895*).

Un homme de 47 ans, a été bien portant jusqu'à 16 ans et d'une taille ordinaire; il commença alors à grandir d'une manière excessive et à 21 ans mesurait $2^{m},12$; il aurait grandi ensuite de 8 centimètres, il resta bien portant plus de 15 ans, étant d'une vigueur exceptionnelle. A 37 ans il éprouva, à la suite d'un effort, une vive douleur dans le dos, et depuis sa taille a décru. Il mesure maintenant $1^{m},86$; le tronc est déformé par l'écrasement du rachis en avant et en arrière, il y a 2 grosses bosses; il y a une énorme cyphose de colonne dorso-lombaire, avec double lordose, les côtes sont très déformées, bosselées, chevauchant les unes sur les autres il n'y a pour ainsi dire plus de ventre, les cartilages costaux touchant presque le pubis. Les malléoles sont très hypertrophiées ; de même le poignet et la main, de forme régulière, mais de dimensions énormes ; les ongles ont la striation longitudinale. A la face on note l'énormité de la mâchoire inférieure et la proéminence des pommettes; des mesures très complètes ont été prises; de nombreux muscles sont atrophiés aux membres et surtout au tronc. Les membres supérieurs sont anormalement développés; les bras en croix mesurent $2^{m},40$. On a noté en outre les divers signes de l'acromégalie, voix sourde, peau sèche, plissée, soif extrême, céphalée tenace, torpeur intellectuelle et génitale. Les auteurs résument une série d'observations analogues et concluent à la parenté des deux

dystrophies : gigantisme et acromégalie, sinon à leur identité ; l'acromégalie est le gigantisme de l'adulte ; le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent.

H. L.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie (hystérie paroxystique), par GILLES DE LA TOURETTE (*II et III*, *Paris*, *1895*).

Ces deux volumes forment la fin de l'important traité de l'hystérie, suivant l'enseignement de la Salpêtrière, dont le premier volume avait paru il y a deux ans. C'est le traité le plus complet, le seul même pour mieux dire, que nous possédions aujourd'hui sur cette affection dont la place en neuropathologie est devenue si importante à mesure qu'on en a mieux étudié l'histoire naturelle. Dans le premier volume, l'auteur avait étudié l'hystérie interparoxystique, c'est-à-dire les stigmates de l'hystérie. Aujourd'hui, c'est l'hystérie paroxystique qu'il décrit, passant en revue successivement tous les accidents qui peuvent survenir depuis l'attaque convulsive classique jusqu'aux troubles trophiques, dont l'étude n'est pas encore près d'être terminée.

Les paroxysmes hystériques à forme d'attaques et d'états de mal occupent la première partie du second volume. Toute la seconde partie est consacrée aux troubles trophiques de l'hystérie.

Il y a là une suite de chapitres des plus importants et des plus nouveaux. Les travaux de Charcot et de son école ont apporté dans cette question des documents extrêmement intéressants non seulement au point de vue clinique, mais au point de vue médico-légal. L'étude des troubles vaso-moteurs de l'hystérie prendra vraisemblablement une importance de plus en plus grande pour la pathogénie de cette affection, dont ils accompagnent toutes les manifestations et dont ils constituent peut-être la cause primordiale.

La troisième partie (tome III), passe en revue les paralysies et les contractures hystériques, et ensuite, dans la quatrième sont étudiées les manifestations viscérales de l'hystérie. On sait quels progrès ont été réalisés sous l'influence de Charcot et de ses élèves — et de l'auteur en particulier — dans la connaissance de ces troubles viscéraux qui sont d'un diagnostic si délicat avec les affections organiques. Les manifestations sur l'appareil phonateur et respiratoire, et surtout sur l'appareil digestif, les seules peut-être capables d'entraîner la mort, comme l'anorexie hystérique, sont examinées dans les plus grands détails et les médecins y trouveront tous les documents nécessaires pour arriver à en faire le diagnostic.

La dernière partie est consacrée au traitement. C'est là une question qui s'est singulièrement modifiée depuis quelques années, depuis que Charcot a montré l'importance capitale de l'isolement dans le traitement des grandes manifestations hystériques. Ce traitement est indiqué avec grands détails, et comprend trois chapitres : le traitement prophylactique, le traitement curatif et le traitement des accidents hystériques en particulier. On y trouvera des conseils pratiques qui seront un guide sûr pour les praticiens.

C'est dú reste à un point de vue essentiellement clinique et thérapeutique que s'est placé l'auteur dans tout son traité, et c'est peut-être ce qui en fait le caractère le plus particulier. Grâce à la grande expérience

qu'il a des hystériques, aux nombreux travaux qu'il a publiés sur bien des points tout nouveaux de cette névrose, il a pu en exposer la symptomatologie d'une façon à la fois très complète, très précise et très claire. Il ne s'est pas embarrassé dans toutes les explications pathogéniques qui très intéressantes au point de vue psychologique, n'ont qu'un intérêt secondaire au point de vue du diagnostic, quoiqu'elles en aient un plus considérable sous le rapport de la thérapeutique à instituer. Il s'est borné à montrer ce que c'est que l'hystérie cliniquement, telle qu'on la rencontre à tout instant dans la pratique ; il a mis en relief toutes les difficultés de diagnostic que présentent un grand nombre de ses manifestations ; il a donné de la façon la plus précise possible les moyens d'arriver au diagnostic de toutes les formes que peut revêtir la névrose.

Cet ouvrage, qu'on s'est empressé de traduire à l'étranger, du reste, dès son apparition, justifie pleinement son titre de *Traité clinique et thérapeutique*. L'auteur ne s'est pas laissé aller à s'étendre outre mesure sur les points qu'il avait le plus étudiés, comme cela arrive souvent, et chaque chose est mise en valeur à la place qui lui revient. Ce traité marquera une étape importante dans l'histoire de l'hystérie. Il fera date et clôture en quelque sorte à son heure, au lendemain de la mort du regretté Charcot, le cycle des travaux faits sous l'inspiration de cet éminent maître. P. S.

Des éructations hystériques, par PITRES (*Progrès méd., 12 janvier 1895*).

Pitres rapporte 2 observations d'éructations hystériques : dans le premier cas, il s'agissait d'une fille de 17 ans, ayant eu des attaques de grande hystérie et présentant des stigmates indubitables. Elle était à sa troisième série de crises d'éructations, qui duraient de deux à trois heures, et revenaient 2 ou 3 fois par jour ; l'accès venait après l'ingestion des aliments, s'annonçait par une sensation de gêne à l'estomac, puis des hoquets suivis bientôt de rots; l'éructation venant toujours après le hoquet. Dans le deuxième cas, le malade, garçon de 18 ans, avait de 12 à 20 éructations par minute, les unes brèves, éclatantes, venant du pharynx ; les autres plus rares, sourdes, venant de l'estomac ; elles ne disparaissaient que pendant le sommeil, et sa volonté était impuissante à les suspendre ; la crise durait depuis huit mois. Les gaz éructés contenaien 79,20 d'azote, 15,50 d'oxygène, 3,50 d'acide carbonique, 1,80 de vapeur d'eau. H. L.

Case of left homonymous hemianopsia, par John TURNER (*Brain, part LXIV, p. 562*).

Femme de 54 ans, aliénée, ayant eu quatre ans auparavant une attaque d'apoplexie avec hémiplégie consécutive. Hémianopsie homonyme complète à droite.

A l'autopsie, double lésion : foyer de ramollissement de la frontale ascendante expliquant l'hémiplégie et foyer circonscrit situé sur la circonvolution occipitale, voisine de la scissure pariéto-occipitale. Cette dernière lésion donne la raison de l'hémianopsie ; il est à remarquer que ni le coin, ni le gyrus angulaire n'étaient intéressés. H. R.

Ueber Prodomalsymptome bei Paralysis agitans, par E. GRAWITZ (*Deutsche med. Woch., n° 31, p. 625, 1894*).

Une femme, atteinte de paralysie agitante, racontait qu'elle avait souffert plusieurs années, avant le début de ses tremblements, de coliques hépatiques. Grawitz put retrouver l'observation de la malade et il constata d'après les notes recueillies que ces coliques ressemblaient absolument aux crises gastriques des tabétiques. Il eut l'idée de rechercher si l'on avait noté quelque chose de semblable dans les observations de 9 autres cas de paralysie agitante traités à la clinique, il trouva que la moitié avait présenté des crises douloureuses pareilles aux douleurs fulgurantes ou aux crises gastriques des tabétiques. H. DE BRINON.

Note sur le cri reflexe chez les hémiplégiques, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol., 16 mars 1895*).

Le choc sur le tendon rotulien du côté hémiplégique produit un cri brusque ; rien du côté sain. Les circonstances du fait sont les suivantes : Brûlure (par une boule trop chaude) au niveau de la crête iliaque ; rigidité de ce côté précédemment en paralysie flasque, exagération des reflexes. DASTRE.

Deux cas de polyurie familiale, dite essentielle, par G. MARINESCO (*Soc. de biol., 19 janvier 1895*).

Il s'agit de deux frères. L'aîné, âgé de 17 ans, produit une quantité d'urine quotidienne de 28 litres. La polydypsie est tellement impérieuse que le malade à plusieurs reprises a été obligé de boire ses urines. Il n'y a ni azoturie ni phosphaturie. Le cadet, 15 ans, est de plus affecté d'un mal de Pott dorso-lombaire avec démarche spasmodique. Il a succombé à une méningite cérébrale tuberculeuse. A l'autopsie on trouve la névroglie du plancher ventriculaire en couches plus larges que d'habitude : elle est œdématiée : il y a de petites hémorragies latérales. Etant donné leur siège ces lésions peuvent être la cause de la polyurie. DASTRE.

De la pneumonie du vague, par MEUNIER (*Archives gén. de méd., janvier-février 1895*).

L'auteur résume les résultats des expériences physiologiques et admet que les 4 théories doivent être admises pour une action commune : 1° théorie vaso-motrice : congestion neuro-paralytique du poumon ; 2° théorie mécanique : vulnérabilité plus grande des éléments par la modification du rythme respiratoire ; 3° théorie trophique : suppression fonctionnelle du système nerveux ; 4° théorie infectieuse : infection du terrain préparé par des microorganismes variés.

Cliniquement ces pneumonies sont dues soit à une section chirurgicale du pneumogastrique, soit à une compression par une tumeur (anévrisme, cancer), soit à une lésion propre du nerf (névrite, névrome). Dans une première phase il se produit de l'emphysème, de la sécrétion bronchique, de la congestion ; dans la seconde phase la lésion revêt tel ou tel caractère, suivant qu'elle dépend de tel ou tel agent pathogène : broncho pneumonies lobaires, pneumonie fibrineuse, pneumonie suppurée, gangréneuse, tuberculeuse, etc. H. L.

I. — Des pleurésies séro-fibrineuses (classification, diagnostic, pronostic), par FERNET (*Soc. méd. des hôp., 22 février 1895*).

II. — Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse, par LEMOINE (*Ibid., 22 mars 1895*).

I. — Sur 20 cas de pleurésies séro-fibrineuses Fernet a trouvé par l'examen bactériologique 4 fois des pneumocoques, 6 fois des staphylocoques, 1 fois le bacille d'Eberth, 3 fois le bacille de Koch, 6 fois l'examen a été négatif.

Le diagnostic de ces différentes espèces, différenciées de par l'élément microbien, peut être établi par la bactériologie et par les caractères cliniques; ces derniers, qui comprennent le mode de début, les symptômes locaux ou généraux et l'évolution, ne conduisent qu'à des probabilités.

Au point de vue du pronostic ces espèces diffèrent également; leur gravité croît depuis la pleurésie à pneumocoque, qui est la plus bénigne, jusqu'à la pleurésie à bacille de Koch, qui est la plus grave, en passant par les pleurésies à staphylocoque et à bacille d'Eberth, qui sont de gravité moyenne.

II. — Sur 32 cas il a eu 28 fois des ensemencements stériles; 4 fois L. a trouvé du staphylocoque pur. Sur les 28 cas de pleurésie à liquide stérile, dans 16 cas la pleurésie a été le point de départ de l'infection tuberculeuse; 7 autres malades sont partis présentant des signes suspects persistants; les 5 derniers cas semblent avoir été suivis d'une guérison complète.

H. L.

Études cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique, par A. ROBIN (*Archives gén. de méd., avril 1895*).

Les échanges organiques paraissent, chez les phtisiques stationnaires ou en voie d'amélioration, avoir une activité à peu près égale à celle de l'homme sain. Tout phtisique chez qui la moyenne des matériaux solides éliminés par l'urine en 24 heures descend au-dessous de 30 grammes, peut être considéré comme arrivant à la période cachectique; chez les phtisiques peu avancés, n'ayant ni sueurs, ni fièvre, ni diarrhée, une augmentation des matières solides urinaires indique une suractivité nutritive de bon augure; dans les mêmes conditions, une quantité de matériaux solides abaissée à 30 grammes ou au-dessous, peut être un symptôme favorable si le poids du malade augmente de manière à compenser cette diminution des matières solides. Aux périodes ultimes certaines complications aiguës précipitent la diminution des matériaux solides.

H. L.

Empyème pulsatile sans pneumothorax et sans déplacement du cœur, chez un homme à poitrine en entonnoir, par BÉCLÈRE (*Soc. méd. des hôp., 18 janvier 1895*).

Un homme à thorax déformé, rétréci, porteur d'une lésion valvulaire, présente des signes de tuberculose pulmonaire au sommet gauche, puis d'un épanchement à la base gauche avec œdème de la paroi. Le thorax dansles deux tiers inférieurs était animé de pulsations expansives, énormes, à maximum axillaire; le cœur n'était pas dévié et il n'y avait aucun signe de pneumo-

thorax. Une ponction amena l'issue de deux tiers de litre d'un liquide hémo-purulent, depuis les signes pulsatiles ont disparu. Béclère insiste sur l'intensité exceptionnelle de ces battements qui faisaient trembler le lit, comme dans un cas unique relaté par Stokes. H. L.

Ueber die Perforation seröser pleuritischer Ergüsse....., par SAHLI (*Berlin. klin. Woch., n° 37, p. 851, 10 septembre 1894, et Hyg. Rundsch., V, n° 3, p. 123, 1er février 1895*).

Autant l'exsudat des pleurésies purulentes a de tendance à s'ouvrir une voie vers l'extérieur ou le poumon, autant ces issues sont rares dans les épanchements séreux des plèvres. Sahli n'en a trouvé qu'un exemple dans la littérature médicale ; c'est celui de Corella (*Gaz. degli. Osped.*, 1889, n° 68). Lui même en rapporte deux autres :

Le premier concerne une femme de 22 ans atteinte de pneumonie ; le 6e jour, apparurent une tumeur élastique, fluctuante, du volume d'un œuf, dans la fosse sous-claviculaire droite, et une tumeur semblable, mais plus petite, dans la fosse sus-claviculaire correspondante ; ces deux tumeurs communiquaient. A la base postérieure du poumon droit, se trouvait un épanchement séreux qui se résorba après la crise de la pneumonie. Les tumeurs persistèrent et durent être ponctionnées à plusieurs reprises, fournissant chaque fois 150 grammes d'un liquide clair, riche en albumine et identique à celui obtenu par la ponction exploratrice de l'épanchement pleurétique de la base droite.

Après quatre ponctions et des injections iodées, les tumeurs disparurent. Leur communication avec l'intérieur de la cage thoracique ressortait du double fait que la malade éprouvait de la dyspnée tant qu'on n'avait pas ponctionné les tumeurs et que la compression de ces tumeurs provoquait de l'oppression et une modification du pouls.

Le deuxième cas concerne un jeune homme de 18 ans ayant une fièvre typhoïde anormale ; à l'exception de l'hypertrophie splénique, tous les symptômes caractéristiques firent défaut. Au milieu d'une fièvre un peu irrégulière, se développèrent une pleurésie droite avec expectoration sanguinolente, puis une thrombose veineuse du membre inférieur gauche. Cinquante jours après le début, l'épanchement pleural resté séreux se rompit dans le poumon et l'on trouva, dans la vomique, de nombreux bacilles d'Eberth ; dès lors guérison rapide. J. B.

Ueber den Pneumothorax ohne (sans) Perforation, par E. LEVY (*Archiv. f. exp. Path. u. Pharm., XXXV, p. 335*).

Nié par la plupart des auteurs, le pneumotorax sans perforation semble exister comme l'avait affirmé Laennec. Ce fut le cas chez un malade observé par E. Lévy qui présenta des accidents de pneumothorax au cours d'une pleurésie séreuse, probablement tuberculeuse, et à l'autopsie duquel on ne trouva pas trace de perforation.

Dans l'exsudat séreux retiré sur le vivant on trouva un bacille anaérobie, identique à celui qu'on trouve dans certains abcès gazeux, déterminant dans les milieux de culture et chez l'animal (inoculation) la production de gaz. PAUL TISSIER.

I. — Ein Fall von acuter hämorrhagischer..... (Néphrite aiguë hémorragique consécutive à l'emploi du sérum), par Otto TREYMANN (*Deutsche med. Woch., n° 51, p. 951, 1894*).

II. — Acute hämorrhagische Nephritis....., par Julius SCHWALBE (*Ibid., n° 51, p. 951*).

I. — Il s'agit d'un cas de diphtérie moyenne chez un enfant de 3 ans. Après la disparition en une quinzaine de jours, sous l'influence de doses énergiques de sérum, on voit réapparaître les plaques ; on fait une nouvelle injection, et le jour suivant se produit une hématurie accompagnée d'albuminurie, fièvre et éruption morbiliforme ; ces accidents vont en augmentant jusqu'à de l'anurie et disparaissent le 5e jour. L'hypothèse d'une intoxication phéniquée n'est pas admissible, et comme la néphrite dipthéritique coïncide le plus souvent avec le fastigium de la maladie et se présente très rarement dans la convalescence, Treymann croit devoir attribuer les accidents observés à l'injection du sérum.

II. — Il s'agit, comme dans le cas de Treymann, d'une néphrite aiguë hémorragique apparaissant brusquement pendant la convalescence, au 25e jour de la maladie ; elle dure en tout 7 jours et ne diffère de l'observation de Treymann que par l'absence de l'emploi du sérum.

H. DE BRINON.

Peripheral neuritis in exophthalmic goitre, par Arthur MAUDE (*Brain, part LXVI, p. 229*).

Maude soutient la fréquence de la névrite périphérique au cours de la maladie de Graves. Il se fonde sur les arguments suivants :

1° Présence presque constante des crampes musculaires chez les malades. Ces crampes relèveraient soit de l'action des toxines sécrétées en excès par la glande thyroïde, soit de celles produites dans l'intestin, presque toujours affecté au cours du goitre exophtalmique ;

2° Accroissement habituel de la sensibilité périphérique ; l'hyperesthésie est la règle ;

3° Paralysies symétriques des jambes, complication fréquente de la maladie ;

4° Suppression des réflexes rotuliens ;

5° Fréquence des phénomènes de névrite : engourdissement, fourmillements, picotements et douleurs des membres ;

6° Œdèmes circonscrits d'origine nerveuse.

H. R.

Ueber Diagnose und Theorie des Morbus Basedowii, par F. LEMKE (*Deutsche med. Woch., n° 51, p. 953, 1894*).

Les deux phénomènes cardinaux de la maladie de Basedow sont le délire du cœur (l'auteur repousse intentionnellement l'expression de tachycardie) et le tremblement ; tous les autres symptômes sont consécutifs ou secondaires. La cause de la maladie est très vraisemblablement la présence dans le sang d'une substance chimique sécrétée anormalement par la glande thyroïde. La maladie de Basedow n'est donc pas une affection du système nerveux. La substance chimique, produit de la glande thyroïde, doit être un poison musculaire qui supprime le tonus musculaire normal et transforme la contraction normale en une série de petites secousses superficielles.

L'exophtalmie n'est autre chose que le résultat de cette suppression du tonus musculaire sur les muscles de l'œil.

H. DE BRINON.

Étiologie et pathogénie du pouls lent ; rôle de l'anémie et du surmenage, par HIRTZ et P.-E. LÉVY (*Gazette des hôp., 29 janvier, 7-14-21 février 1895*).

Les auteurs éliminent l'influence directe d'une altération du cœur, admettent le rôle secondaire de l'hypertension artérielle liée à l'artério-sclérose généralisée ; au point de vue physiologique, on ne connaît bien que l'action produite par l'excitation de l'appareil frénateur (pneumogastrique), et c'est la lésion du noyau d'origine bulbaire qui a le rôle essentiel. L'anémie bulbaire peut être souvent incriminée ; les auteurs apportent à l'appui de cette opinion plusieurs observations de chlorotiques à pouls lent ; dans tous ces cas, la tension artérielle était diminuée. Les artério-scléreux à pouls lent qu'ils ont étudiés étaient tous des anémiés surmenés ; de même en est-il chez certains tuberculeux au début, chez des rhumatisants au début de leur convalescence. H. L.

I. — Sur un cas d'hyperglobulie chez un malade atteint de cyanose tardive par malformation cardiaque congénitale, par Pierre MARIE (*Soc. méd. des hôpitaux, 11 janvier 1895*).

II. — De l'état du sang dans la cyanose chronique, par HAYEM (*Ibid., 18 janvier 1895*).

III. — Note sur l'hyperglobulie, par VAQUEZ (*Ibid., 25 janvier 1895*).

IV. — Note sur l'hyperglobulie dans ses rapports avec la cyanose congénitale, par VARIOT (*Ibid., 25 janvier 1895*).

I. — Un homme de 32 ans, à face et à mains légèrement cyanosées, présente un roulement diastolique au niveau du 3e espace intercostal et un souffle systolique dont le maximum correspond à l'appendice xyphoïde. Marie croit à la lésion congénitale en raison de son incapacité à courir dès l'enfance, de la cyanose, de la déformation des doigts en baguette de tambour. L'examen du sang montra l'existence d'une hyperglobulie notable de 7,500,000 à 8,000,000 de globules au lieu de 5,250,000 et de l'augmentation de l'hémoglobine 0,60 0/00 de fer au lieu de 0,44 0/00 ; le volume globulaire était de 80 au lieu de 51.

Marie rappelle les nombreuses observations concordantes qui prouvent que, sous l'influence tant de la raréfaction de l'air que de la diminution de la pression atmosphérique dans les altitudes, les globules rouges se multiplient, et par suite l'hémoglobine qui participe à l'hématose ; il admet que chez les malades atteints de malformation cardiaque il y a un obstacle à l'hématose, d'où hyperglobulie.

II. — Hayem admet ainsi que Marie, contradictoirement à Vaquez, que l'hyperglobulie est une conséquence de la cyanose ; la quantité d'oxygène contenue dans le sang est diminuée, les globules rouges se multiplient pour combattre cette insuffisance ; on ne trouve pas chez les cyanotiques de globules rouges à noyau, mais de nombreux hématoblastes.

III. — Le malade atteint de cyanose et d'hyperglobulie a succombé à une tuberculose granuleuse aiguë ; il ne présentait aucune lésion du cœur ; le foie était un peu hypertrophié ; la rate très hypertrophiée (1,800 grammes).

IV. — 1° Un malade de 20 ans, atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire avec cyanose congénitale, a eu sur 8 numérations globulaires pratiquées

quotidiennement des chiffres variant de 4,929 à 9,386,600, 6 fois des chiffres dépassant 6,500,000 ;

2° Un garçon de 10 ans avec lésion congénitale et cyanose, avait 6,820,000 globules ;

3° Un enfant de 10 mois, cyanotique, compte 5,580,000 globules ;

4° Un enfant de 4 ans, atteint de lésion congénitale sans cyanose, avait 4,991,000 globules.

Variot admet que la cause immédiate de la cyanose est l'hyperglobulie et l'hyperhémoglobinhémie. H. L.

Zur Kenntniss der Dilatation..... (Dilatation et hypertrophie du cœur à la suite de surmenage), par RIEDER (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 8*).

L'auteur rapporte trois cas, suffisamment observés, de dilatation et hypertrophie pures du cœur. Dans l'un, il y avait sans aucun doute dilatation aiguë du cœur (peut-être aussi hypertrophie qui disparut ensuite) ; dans les deux autres, l'autopsie montra l'existence de l'hypertrophie avec dilatation du cœur. Dans tous ces cas, le moment étiologique est nettement indiqué, et le diagnostic a été établi, bien que la longue durée de la faiblesse du cœur et l'accélération du cœur, aient pu longtemps cacher la nature des bruits de l'organe. S'il est indubitable qu'un cœur sain peut être lésé par le surmenage, il est encore plus facile que ces lésions surviennent dans des cœurs déjà malades où innervation, circulation et nutrition ont déjà souffert. La disposition individuelle, la résistance à la fatigue était diminuée chez tous ces malades, au point que chez l'un il suffit d'un travail dur, mais court ; dans les deux autres d'un travail plus long, mais moins intense, pour produire les lésions cardiaques.

Les processus de dilatation et hypertrophie idiopathiques du cœur, se schématisent de la manière suivante : il peut se produire une dilatation pure, celle-ci ne régresse pas et amène la mort, ou bien elle guérit ou encore elle conduit à l'hypertrophie. Quand la paroi cardiaque est insuffisante par rapport aux efforts demandés il se fait une dilatation du cœur hypertrophié (hypertrophie vraie excentrique), qui peut régresser en partie ou en totalité, d'où résulte une hypertrophie morbide pure du cœur par augmentation de la force des parois cardiaques, sans dilatation.

C. LUZET.

La dyspnée cardiaque, par J. ZERNER (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVII, p. 55*).

Les expériences de Z. lui ont démontré que dans la respiration volontairement forcée, le travail respiratoire utile diminuait sensiblement par suite de l'augmentation de résistance de frottement. Le quotient mécanique respiratoire (rapport entre le travail fourni et la quantité d'air inspirée) s'abaisse.

Dans la dypsnée cardiaque ce quotient respiratoire est également diminué. C'est là, plus que l'accélération et l'augmentation des mouvements respiratoires, le point important. Cette diminution dépend du gonflement et de la rigidité des tissus pulmonaires. La rigidité est en particulier importante. Ces deux facteurs peuvent intervenir, même à l'état de repos. La quantité d'air continue à être diminuée sans troubles du rythme.

La dyspnée de fatigue corporelle est une dyspnée cardiaque ; elle est entièrement subordonnée à la résistance du cœur. A.-F. PLICQUE.

Ein Beitrag zur Lehre von den Œsophagusdivertikeln, par RITTER (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 173*).

L'auteur admet que d'un diverticule par traction, il peut secondairement se développer un diverticule par pulsion. La lymphadénite purulente ou la médiastinite, qui suivent le diverticule par traction, sont souvent le terme intermédiaire entre ce diverticule et le diverticule secondaire par pulsion. Très vraisemblablement les diverticules par traction sont souvent le point de départ du développement de cancers de l'œsophage. C. LUZET.

Beitrag zur Ätiologie und..... (Étiologie de la tuberculose de l'œsophage), par Konrad ZENKER (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 405*).

La rareté de la tuberculose de l'œsophage est un fait frappant. Revêtu qu'il est d'une épaisse couche d'épithélium pavimenteux, cet organe ne devient tuberculeux que quand une cause ou une autre a détruit cette couche protectrice. Tantôt c'est une cautérisation par la potasse, tantôt du muguet, ou bien c'est une cautérisation par l'acide sulfurique ; Zenker a vu le cancer de l'œsophage être l'origine de la tuberculose de l'organe. Il rapporte trois cas de cette lésion : le premier est un rétrécissement tuberculeux de l'œsophage, chez un phtisique, avec examen histologique confirmatif. Les deux autres sont des cas de tuberculose secondaire de l'œsophage à la suite de l'ouverture dans cet organe de ganglions caséeux. C. LUZET.

De l'influence de la sensibilité de l'estomac sur les phénomènes de la digestion ; contribution à l'étude des dyspepsies nerveuses, par SOLLIER (*Revue de méd., 10 janvier 1895*).

L'auteur, sur un sujet hypnotisé, supprime par injonction la sensibilité de l'estomac, et il s'assure que cet organe est anesthésié lorsque, après avoir ordonné au malade de ne plus sentir son estomac, l'introduction des aliments chauds et froids n'est plus perçue. Il en est de même de l'introduction de la sonde œsophagienne. Toujours alors la sensibilité cutanée du creux épigastrique a disparu. La disparition de cette anesthésie gastrique peut être également obtenue par injonction.

A un sujet ainsi préparé, on peut faire faire le repas d'épreuve d'Ewald, puis on examine le suc gastrique au bout d'un certain temps ; on anesthésie alors l'estomac et l'on pratique un deuxième examen du suc gastrique ; enfin, après avoir rendu la sensibilité stomacale, on examine de nouveau le contenu du ventricule. On peut encore varier l'expérience de diverses façons ; mais quelle que soit la façon de procéder, on constate toujours une modification dans l'évolution chimique de la digestion concordant avec une modification de la sensibilité de l'estomac. Deux conséquences découlent de ce fait, d'après Sollier : d'une part, au point de vue doctrinal, que le chimisme stomacal n'est pas uniquement sous la dépendance de l'état structural de l'estomac ; et, d'autre part, au point de vue

thérapeutique, que ce serait une grosse erreur de se baser sur le chimisme stomacal pour instituer le traitement d'une dyspepsie. Ainsi, soignez les hystériques hyperpepsiques comme si elles étaient atteintes d'une affection stomacale, celle-ci s'aggrave; traitez, au contraire, le nervosisme, et l'état stomacal s'amende. GIRAUDEAU.

I. — Das Krankheitsbild des traumatischen Diabetes vorwiegend vom forensischen Standpunkt..., par Willie ASHER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öff. Sanitw., VIII, 219 et IX, 1, Thèse inaug. de Iéna, 1894*).

II. — Traumatic glycosuria, par HIGGINS et OGDEN (*Boston med. and surg. Journ., 28 février 1895*).

I. — L'apparition du diabète à la suite d'un traumatisme est assez fréquente, le plus communément après des traumatismes céphaliques. Mais il n'est pas rare non plus d'observer le diabète, consécutivement à des blessures de toute autre partie du corps, en particulier du rachis et tout spécialement de la région sacrée, ainsi que de l'abdomen, foie surtout. Bien que le diabète traumatique se rencontre à tous les âges, il affecte une prédilection pour la jeunesse et l'âge moyen. Il atteint plus souvent le sexe masculin. Il peut débuter le jour même de l'accident ou après un temps plus ou moins rapproché ou plus ou moins éloigné de lui.

En ce qui concerne l'époque de début du diabète traumatique, on peut distinguer l'aigu et le chronique. Les diabètes traumatiques aigu et chronique peuvent être passagers ou permanents; le diabète traumatique permanent peut entraîner la mort dans un laps de 1 à 5 ans.

On retrouve dans le diabète traumatique tous les modes d'évolution et toutes les formes qu'on a notés dans le diabète idiopathique.

Pour pouvoir faire le pronostic d'un cas de diabète traumatique, il faut en suivre l'évolution; après 2 à 3 mois de persistance sans tendance à l'amélioration, la maladie ne permet pas beaucoup l'espoir d'une guérison complète. Chez les gens prédisposés héréditairement ou constitutionnellement, le diabète traumatique est toujours une chose sérieuse. Contrairement à l'opinion de Brouardel et Richardière (*R. S. M.*, XXXIII, 599), le diabète traumatique précoce ou aigu n'offre pas de meilleures chances pronostiques que le diabète traumatique, retardé ou chronique (*R. S. M.*, V, 189 et XXXIX, 149.) J. B.

II. — De décembre 1893 à janvier 1895, H. et O. ont examiné systématiquement, au point de vue de la glycosurie, 212 cas de traumatismes craniens admis pendant ces 13 mois au Boston City Hospital et la trouvèrent 20 fois, soit dans le 9,43 0/0 des cas. Ils ont de cette étude tiré les conclusions suivantes : le sucre peut déjà apparaître dans l'urine 6 heures après le traumatisme et disparaître dans les 24 heures; toutefois, dans la règle, il se manifeste au bout de 8 à 12 heures pour ne disparaître que 5 ou 9 jours après. Une faible proportion des cas présentèrent une glycosurie permanente à la suite du traumatisme cranien. L'acétone et l'acide di-acétique se trouvent rarement dans la glycosurie traumatique, sauf lorsqu'elle devient permanente, et même alors probablement seulement après un certain nombre de mois ou d'années.

Sur les 20 cas de glycosuries qu'ils analysèrent, 11 avaient subi le

traumatisme sur le côté droit de la tête, 5 sur le côté gauche, 3 sur l'occiput et 2 sur des régions indéterminées, aucune trace externe de violence n'existant. Il leur est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances de la pathologie du diabète et de la glycosurie, de tirer quelques indications des autopsies qu'il leur a été donné de faire. Ils ne peuvent non plus conclure à rien de la mortalité. Sur les 20 cas, 8 succombèrent, 6 à cause de la gravité des traumatismes, 1 d'une affection intercurrente et 1 d'alcoolisme. Sur la totalité des 212 cas, il y eut 16 morts, dont les 8 glycosuriques ci-dessus forment ainsi le 50 0/0. CART.

La splenomegalia con cirrosi del fegato....., par BANTI (*Lo Sperimentale, sezione clinica, p. 447, 1894*).

Banti désigne sous ce nom un syndrome clinique se différenciant de la cirrhose de Laënnec par les caractères suivants : absence absolue de l'étiologie de la cirrhose de Laënnec; absence de l'anémie progressive du premier stade de ce syndrome dans la cirrhose de Laënnec. Dans le premier stade, qui peut durer jusqu'à quatre ans, quatre ans et demi, on ne trouve aucun signe de maladie du foie : son volume est normal, la douleur manque, il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux, les urines sont abondantes et contiennent une quantité normale d'urates et de pigments. L'hypertrophie splénique est le premier symptôme qui se manifeste; mais elle ne peut dépendre d'une maladie du foie, provoquant une stase veineuse dans la circulation porte, car elle peut durer trois à quatre ans, sans donner lieu à d'autres symptômes. Les lésions spléniques diffèrent de celles de la splénomégalie avec cirrhose : les veines sont rétrécies et les trabécules du tissu réticulaire épaissies (fibro-adénie).

C. LUZET

Quelques données sur l'étiologie des cirrhoses du foie, par KABANOFF (*Archives gén. de méd., février-mars 1895*).

L'auteur discute très minutieusement l'étiologie de 14 cas de cirrhose qu'il a pu suivre de près; et notamment le rôle de l'alcool dans 10 cas où il y avait usage de l'alcool. Il considère que si dans 5 cas il peut être directement incriminé, dans cinq autres il n'y avait vraiment pas d'abus, ni même d'usage journalier ou accidentel notable; il trouve, au contraire, combinée avec l'alcoolisme l'influence d'autres causes nocives : syphilis, malaria, rhumatisme, logement humide, etc.

Il conclut qu'il faut autre chose pour expliquer l'étiologie des cirrhoses. et cette autre chose c'est la prédisposition des organes ou de l'organisme; dans 10 cas il découvre une prédisposition héréditaire, relevant soit de l'alcoolisme très accentué des antécédents soit d'un autre trouble de la santé des parents. Selon lui, la prédisposition morbide est le plus souvent héréditaire ou congénitale, plus rarement elle est acquise par le sujet lui-même, les cirrhotiques seraient le plus souvent des dégénérés, dont la postérité est parfois condamnée à l'extinction. H. L.

Ein Fall von primären Krebs (cancer) des Ductus choledochus, par DEETJEN (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 211*).

Homme de 62 ans, dont l'affection a débuté 9 semaines avant l'entrée à l'hôpital par de la jaunisse progressive, sans signes de lithiase antérieure. Pas de tumeur appréciable à l'abdomen. Un peu d'ascite. Le foie et la rate ne sont pas augmentés. Appétit bon. Malgré une nourriture abondante, le poids du malade diminuait. Dans les derniers jours, il survint de multiples hématémèses, avec melœna : mort 1 mois après. A l'autopsie on trouve le cholédoque induré depuis son embouchure dans le duodénum. Il n'existe pas d'imperméabilité comptète du canal pour la bile. L'examen histologique du cholédoque montre la lumière à demi-oblitérée par une tumeur où l'on découvre des acini glandulaires, irrégulièrement disposés; et séparés par un stroma conjonctif. L'aùteur porte le diagnostic histologique de carcinome commençant du canal cholédoque. C. LUZET.

Des maladies du duodénum, par PERRY et SHAW (*Guy's hosp. Rep., L, p. 171, 1894*).

Mémoire fort important qui constitue une véritable monographie basée sur 334 observations et 17650 autopsies.

Les auteurs décrivent d'abord les malformations du duodénum congénitales (sténose) ou acquises (poches latérales du duodénum, hernies de la muqueuse, etc.), puis les déchirures traumatiques produites par choc direct ou à la suite de vomissements.

Les inflammations ulcéreuses constituent le point important de la pathologie du duodénum, et reconnaissent une pathogénie variée (tuberculeuses, typhoïdes, septiques, brightiques, etc.). Elles se terminent par hémorragie, perforation ou cicatrisation. L'action du suc gastrique joue un rôle incontestable sur leur production, car les ulcères se rencontrent toujours entre le pylore et les voies biliaires, quand le suc gastrique n'est pas encore alcalinisé par la bile. L'hématémèse et le melœna sont les deux symptômes capitaux de la lésion.

L'ulcère peut amener soit une perforation intestinale, soit plus rarement, des fistules cholécysto-duodénales ou colo-duodénales.

Les tumeurs entrent pour une part notable dans la pathologie du duodénum. Outre quelques tumeurs bénignes (papillome et adénome) qui sont des trouvailles d'autopsie, on rencontre des tumeurs malignes primitives : carcinome, sarcome et peut-être lymphadénome. H. R.

Du cancer primitif du duodénum, par A. PIC (*Revue de méd., décembre 1894 et janvier 1895*).

Le cancer primitif du duodénum, ordinairement annulaire, produit habituellement la sténose du tube digestif. Le cancer situé au-dessus de l'ampoule de Vater (sus-vatérien) a une symptomatologie presque identique à celle du cancer du pylore. Le cancer sous-vatérien présente, outre les symptômes de la sténose pylorique, des signes indiquant le reflux permanent de la bile et du suc pancréatique dans la cavité gastrique.

Un cancer péri-vatérien présente, suivant les cas, une symptomatologie se rapprochant plus ou moins de l'une ou l'autre des deux premières formes; c'est une forme mixte.

L'examen histologique a décélé jusqu'ici parmi les tumeurs primitives du duodénum l'épithéliome cylindrique, l'épithéliome primitif des glandes de Brünner, le sarcome et le lymphadénome. En réalité, il y a autant d'espèces de cancers du duodénum, qu'il y a d'espèces de cellules entrant dans la constitution de ce segment du tube digestif.

Le diagnostic de la forme sus-vatérienne est ordinairement impossible, celui des autres formes est parfois possible. C'est surtout avec le cancer de l'estomac, avec les sténoses intestinales et avec le cancer du pancréas qu'on les confondra. Le diagnostic topographique est de la plus haute importance car le traitement opératoire peut être tenté dans les formes sus et sous-vatériennes, il est impossible dans le cancer péri-vatérien.

C. GIRAUDEAU.

De l'ulcération des intestins dans l'albuminurie, par HOWSHIP DICKINSON (*Medico-chir. Trans., LXXVII, p. 111*).

Cette lésion a été observée par l'auteur dans 22 cas. L'estomac fut aussi trouvé ulcéré dans 2 cas. C'est l'intestin grêle qui est le plus souvent atteint, l'iléon surtout.

Ces ulcères s'attaquent à la muqueuse tout entière, les plaques de Peyer sont généralement épargnées, les valvules conniventes peuvent être congestionnées ou ulcérées. La grandeur des ulcères varie beaucoup ; on constate la présence de traces hémorragiques au voisinage des ulcères.

La lésion primitive semble être l'extravasion du sang dans la couche muqueuse. Du reste ces ulcères coïncident assez souvent avec l'hypertrophie du cœur et les hémorragies rétiniennes (9 cas d'hémorragies rétiniennes et 19 d'hypertrophie du cœur, sur 22 cas en tout).

Les reins, dans les cas observés, étaient granuleux, atteints de néphrite interstitielle, ou présentaient l'aspect caractéristique du gros rein blanc.

Les symptômes de ces ulcérations intestinales ne se montrent que très tard et peu avant la mort, quoique de vieilles cicatrices rencontrées à l'autopsie prouvent qu'elles ne sont pas toujours immédiatement fatales. Les signes sont ceux d'une irritation intestinale, de la dysenterie, parfois de la péritonite par perforation. Il peut s'y joindre des vomissements, peut-être urémiques.

La péritonite survient dans 1/3 des cas, avec diarrhée, ou au contraire constipation. La diarrhée peut être profuse avec prostration. La mort arrive dans le collapsus au bout de peu de temps.

En somme, cette affection semble d'origine hémorragique, et de même nature que les altérations rétiniennes. Elle relève des modifications cardio-vasculaires.

H. R.

Ueber die Adenia simplex..... (De l'adénie simple et de ses rapports avec l'hyperplasie du thymus), par BRIGIDI et PICCOLI (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 388*).

Cuisinière de 29 ans, ayant un gonflement considérable des régions sus-claviculaire et claviculaire, avec troubles respiratoires et signe d'adénopathie thoracique. Le sang donne : 3,520,000 globules rouges, 24,800 globules blancs et 80 d'hémoglobine, avec l'appareil de Fleischl.

A l'autopsie on trouve dans le thymus des indices nets de la persistance de la glande avec sa structure normale, des lésions d'hyperplasie des ganglions lymphatiques, des lymphomes du poumon, du tissu sous-cutané, des muscles, de la peau. Bactériologiquement, les auteurs ont constaté l'existence d'un microbe sinon identique avec le staphylococcus pyogenes aureus, du moins lui ressemblant beaucoup. Ce microbe a produit une fois de la nécrose, une autre fois un noyau dur long à disparaître, constitué par une hémorragie environnée de tissu induré, une troisième fois un petit foyer de suppuration.

C. LUZET.

Delle febbri tifoidee atipiche....., par RHO (*Lo Sperimentale, sezione clinica p. 545 et 565, 1894*).

Beaucoup des cas de fièvre, dite typho-malariale, sont des fièvres malariales continues ou subcontinues, mais la plupart, au moins dans les pays tropicaux ou subtropicaux, sont des fébricules typhoïdes (des Italiens), ce que les Anglais de Malte appellent *rock fevers*. Ces fièvres sont fréquentes, non seulement sur les côtes de la Méditerranée, mais dans tous les pays chauds. On doit y classer les fièvres bilieuses, inflammatoires et beaucoup de rémittentes, formes qu'en Amérique tropicale, on attribue à tort à la fièvre jaune et à l'infection palustre. Il faut appliquer à ces fièvres le traitement de l'iléotyphus vrai, et leur opposer la même prophylaxie particulière et publique. On doit donc appliquer à ces fièvres le nom de fièvres atypiques indéfinies (atypiques, parce que leur courbe est variable, et indéfinies, parce que leur durée varie entre un septénaire et plusieurs mois), et rejeter les dénominations de fièvres typho-malariales, parce qu'elles n'ont rien d'hybride, étant dues au seul bacille d'Eberth, et de fièvres méditerranéennes, parce que leur distribution géographique est infiniment plus vaste.

C. LUZET.

Zur Kenntniss der sog. Bothriocephalus-Anämie, par SCHAUMAN (*Un vol. in-4° Helsingfors, 1894*).

Monographie importante, où l'auteur rapporte 71 observations de cette variété d'anémie. Elle est caractérisée au point de vue symptomatologique par une pâleur considérable de la peau et des muqueuses ; l'expression du visage est celle de l'abattement ; la fièvre généralement modérée, mais elle peut atteindre et même dépasser 40°. Elle est en rapport avec l'anémie. Avant la mort, il a observé des températures subnormales. Les os sont souvent sensibles à la pression ; les forces sont diminuées. Il existe presque constamment de la céphalalgie, souvent des vertiges et quelquefois de l'insomnie. Les pensées sont paresseuses. Souvent la conjonctive bulbaire est colorée en jaune. Il existe des hémorragies rétiniennes dans la moitié des cas, quand l'anémie atteint le chiffre de 400,000 globules rouges. Notons dans quelques cas de la surdité et quelquefois aussi des secousses dans les muscles de la face. En général les phénomènes respiratoires sont normaux, quant au nombre des respirations et à l'auscultation. Une fois il y a eu des hémoptysies. Le cœur est le siège de palpitations fréquentes et de souffles anémiques, et du côté des artères on trouve des battements exagérés. Les souffles dans la jugulaire et le thrill sont fréquents. Il faut noter aussi la grande variabilité émotionnelle de la fréquence du

pouls. Dans l'appareil digestif il faut relever la fréquence des hémorragies de la muqueuse buccale et des gencives, l'anorexie et la dyspepsie. A ce sujet, Schauman admet que l'estomac vide son contenu plus rapidement que dans l'état normal et que dans beaucoup de cas il n'a trouvé presque aucune digestion gastrique pour les albuminoïdes. La diarrhée est fréquente. Dans les selles on peut trouver des œufs de bothriocéphale. La quantité d'urine est variable; on y a noté l'indican, l'urobiline dans 8 cas, la présence de pigments biliaires dans un cas. Pas d'éléments figurés. En somme cette anémie ressemble, par tous les points essentiels, à l'anémie pernicieuse des auteurs.

Le point de vue hématologique a été bien étudié par Schauman. Il détermine l'hémoglobine avec l'appareil de Fleischl. Il compte les globules avec l'appareil de Hayem. Le poids spécifique du sang est considérablement diminué. La quantité des globules rouges subit des modifications considérables. Chez les hommes, les chiffres trouvés oscillent entre 2,150,000 et 395,000; chez les femmes, entre 1,968,000 et 798,000; la valeur globulaire moyenne chez l'homme est de 1,07; chez la femme 1,11; mais il a trouvé les valeurs extrêmes de 1,20, 1,25, 1,34 et même 1,62 dans un cas chez l'homme. U. signale la présence de globules rouges à noyau, avec karyokinèses, et l'existence de dégénérescences des hématies. C'est point pour point le sang de l'anémie pernicieuse.

La maladie a un début lent et insidieux. Elle commence par des troubles digestifs, auxquels se surajoute ensuite de la diarrhée ou de la constipation. Les forces diminuent, il survient de l'anémie et des œdèmes et le tableau se complète peu à peu. La durée est extrêmement variable, depuis 1 mois jusqu'à 10 ans. Dans les cas de longue durée il existe des périodes d'amélioration relative et passagère. Si le malade est soumis à un traitement rationnel, la guérison survient relativement vite. Il est cependant un symptôme qui persiste c'est l'anachlorhydrie. Sur 16 cas examinés dans ce sens, Schauman a vu après la guérison l'HCl manquer 10 fois définitivement. La marche est aiguë, subaiguë ou chronique. Quand la mort survient, elle est due à l'épuisement progressif et a lieu dans le coma, avec abaissement de la température et accélération du pouls.

Les altérations anatomiques trouvées sont les suivantes : hémorragies des divers organes, muqueuses et séreuses; cœur de volume normal, mou et en dégénérescence graisseuse. L'aorte est normale, la rate n'est pas gonflée, ni le foie non plus. A l'intestin, il n'y a pas d'amincissement spécial, ni d'atrophie glandulaire, comme dans l'anémie pernicieuse et enfin on constate la présence du ver nématoïde. La moelle osseuse est rouge et contient des globules rouges à noyau.

Les œufs de bothriocéphale constatés dans les selles sont presque pathognomoniques, parce qu'il est exceptionnel de rencontrer ce parasite dans un cas d'anémie pernicieuse due à une autre cause. On doit différencier cette anémie de celle de la chlorose, du cancer. Signalons encore les erreurs possibles avec l'endocardite, la méningite, la fièvre typhoïde, l'ictère catarrhal, les maladies de la moelle épinière.

Le pronostic est bon quand le nombre des globules rouges est au-dessus de un million, grave dans le cas inverse; mais il n'est pas absolument

défavorable jusqu'à 500,000. Une complication de maladie organique est défavorable. Il dépend surtout du traitement. Il ne serait pas influencé par la durée de la maladie. En 6 à 8 semaines le rétablissement est complet dans les cas moyens.

Le traitement consiste à faire éliminer tout d'abord le parasite. Quant à la cause de l'anémie, Schauman incrimine un poison, augmentant la destruction des globules rouges. Il est vrai qu'on n'a pas observé d'hémoglobinurie; mais ce fait n'est pas nécessaire et l'ictère aussi bien que la pigmentation de l'urine sont souvent les seuls indices de la destruction des globules rouges, dont la diminution de résistance est un fait directement constaté. Enfin on sait qu'après l'élimination du bothriocéphale, l'anémie guérit seule. C. LUZET.

Die Krankheitsursache der..... (La cause morbide de la fièvre dite continue), par CHIASSOTIS (*Fortschr. der Med.*, *XII*, *p. 853*).

D'après l'examen clinique, anatomique, microscopique et microbiologique, l'auteur admet que la fièvre continue est une maladie *sui generis*, qui n'a rien de commun avec la malaria, ni avec le typhus abdominal, ni enfin avec les fièvres dites compliquées et climatiques. Cliniquement, cette maladie a quelques signes communs avec ces maladies, mais la courbe thermique est toute différente. Anatomiquement, l'absence d'ulcération des plaques de Peyer montre sa différence avec la fièvre typhoïde. Elle diffère de la malaria parce que le foie, et rarement la rate, est tuméfié; les abcès du foie font également défaut, dit l'auteur. Il y a bien des dépôts de pigment, mais ceux-ci ne sont pas exclusifs à la malaria. Enfin, au point de vue microbique, jamais le sang ni les organes ne contenaient de plasmodies ou de bacille d'Eberth, mais toujours seulement des diplocoques spéciaux. C. LUZET.

Sur les fièvres malariques estivo-automnales de Rome, par C. GOLGI (*Arch. ital. de biol.*, *XX*, *p. 288*, *et Gazzetta med. di Pavia*, *II*).

L'auteur a constaté les faits fondamentaux suivants : 1° Le développement progressif et même cyclique des formes déjà connues comme caractéristiques de l'inflammation malarique, ce qui constitue un argument démonstratif en faveur de la nature parasitaire de ces formes ; 2° La correspondance du développement cyclique des parasites malariques avec la succession périodique des accès fébriles ; 3° Le rapport constant des différents accès avec le développement, la maturation et la reproduction d'une génération parasitaire, ce qui donne la solution du problème de l'intermittence des accès ; 4° Le fait qu'aux types fondamentaux de la fièvre correspondent des espèces ou variétés différentes de parasites malariques. La loi du cycle parasitaire semble trouver une exacte application pour les fièvres estivo-automnales de Rome, liées au cycle de 24 heures de petites amibes endoglobulaires (plasmodes de Marchiafava et Celli), dégageant un poison au moment et par suite de leur segmentation. L'auteur critique les explications de Baccelli, A. Celli, F. Sanfelice, Marchiafava et Begnami. En somme : 1° Contrairement à ce qui arrive dans les fièvres intermittentes classiques, tierces, quartes et combinaisons, dans les fièvres estivo-automnales, les parasites du sang cir-

culant, petites amibes, ne sont qu'un indice non nécessaire bien que presque constant ; elles n'ont rien de commun avec la pathogénie du processus fébrile ; 2° Le processus entier ne se développe pas dans le sang circulant, mais dans les organes internes où les formes spéciales des parasites accomplissent les différentes phases de leur développement. 3° La doctrine du cycle évolutif quotidien ou en deux jours des petites amides estivo-automnales circulant dans le sang n'est pas confirmée par les faits ; 4° Toute classification des fièvres estivo-automnales, basée sur la parasitologie du sang ne peut être fondée d'une manière certaine. Il y a deux groupes de fièvres malariques : fièvres protéiformes, pernicieuses, etc., dont la pathogenèse est liée à des parasites ayant leur siège principal dans les organes internes (moelle des os, rate) et un autre groupe lié à des parasites du sang circulant. Ces dernières présentent des types liés à des variétés différentes de parasites : une fièvre intermittente liée au cycle d'un parasite, *amœba malaria*, qui accomplit son développement en 3 jours. Suivant que l'infection est représentée par une, deux ou trois générations, on a les quartes simples, doubles, triples ; une fièvre intermittente liée à un parasite à cycle de deux jours, donnant la tierce, et la tierce double, autre catégorie de quotidiennes. DASTRE.

On the association of disease of the spinal cord with pernicious anœmia, par H. BOWMANN (*Brain, part LXVI, p. 198*).

Femme de 53 ans, s'affaiblissant depuis 2 mois. A son entrée à l'hôpital, signes d'anémie profonde, décoloration des muqueuses et de la peau malgré la conservation de l'embonpoint et l'intégrité des viscères. Mouvements conservés, mais impossibilité de marcher et de se tenir debout : légère diminution de la sensibilité tactile. Pas de troubles du côté des sphincters ni de douleurs en ceinture ; réflexes conservés.

Sous l'influence d'un traitement arsenical, amélioration progressive pendant quelques mois ; la marche devient parfaite ; mais l'hiver suivant rechute, impotence fonctionnelle, parésie des membres inférieurs accompagnée d'un léger degré d'ataxie, spasmes involontaires des jambes. Anesthésie presque complète et perte de la notion de position des membres.

Huit mois après, extension de l'ataxie aux membres supérieurs : contracture des membres inférieurs. Plus tard œdème des jambes, incontinence des urines, hémorragies rétiniennes. Pendant ce temps, l'anémie va toujours s'accentuant, les globules rouges descendent progressivement à la proportion de 68 0/0, puis de 25 0/0, 18, et enfin 12 0/0.

A l'autopsie, dégénération grise occupant les cordons postérieurs et visible sur la moelle fraîche ; ayant son maximum à la région dorsale. Histologiquement, la dégénération répond bien aux lésions habituelles du tube, mais avec de notables différences. Elle n'est pas limitée aux faisceaux des fibres longues ; elle paraît avoir débuté à la base de la moelle, remontant de la région lombaire à la région cervicale. La lésion semble primitivement avoir atteint les 3 faisceaux : il s'agit très probablement d'une myélite parenchymateuse primitive plutôt qu'interstitielle. Les cornes antérieures et postérieures sont sauves. Somme toute, il s'agit d'une sclérose-postéro-latérale combinée, mal définie comme point de départ. L'auteur admet que les altérations du sang dépendant de l'anémie pernicieuse sont les facteurs immédiats des lésions de la moelle. H. R.

I. — Le choléra en 1892 (*Annexe au tome XXII du Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène*).

II. — Die Choleraepidemie in der Irrenanstalt Friedrichsberg, par NEUBERGER (*Jahrb. der Hamburg. Staatskrankenanstalten, III, et Hyg. Rundsch., IV, n° 22, p. 1017*).

III. — Bakteriologische Untersuchungen über die Choleraepidemie in Livorno..... 1893, par Camillo TERNI et Peter PELLEGRINI (*Zeits. f. Hyg. und Infekt., XVIII, et Hyg. Rundsch., IV, n° 23, p. 1076*).

IV. — Il colera di Roma nel 1893....., par A. CELLI et F.-S. SANTORI (*Annali dell' Istituto d'Ig. sper. della R. Univ. di Roma, IV*).

V. — Remarques sur le précédent, par Carl GUENTHER (*Hyg. Rundsch., IV, n° 20, p. 930*).

VI. — Delle nuove vedute di Emmerich e Tsuboi circa la patogenesi del colera....., par A. DI VESTEA (*Ibid., p. 931*).

VII. — Bericht über den Verlauf der Cholera in Bürgeln, par VON HEUSINGER et par Carl FRÄNKEL (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 265, 25 mars 1895*).

VIII. — Ueber die Einwanderung von Choleravibrionen in's Hühnerei, par WILM (*Hyg. Rundsch., IV, n° 22, p. 1009*).

IX. — Beobachtungen über Auftreten specifischer Schutzstoffe im Blute von Cholerarekonvalescenten, par SOBERNHEIM (*Hyg. Rundsch., V, n° 4, p. 145*).

I. — Ce gros volume, qui contient un grand nombre de tableaux, de cartes et de graphiques, est la relation officielle de l'épidémie cholérique qui a régné en France en 1892 et qui a causé 4,550 décès, alors que celle de 1884 en avait occasionné 11,707; elle a sévi dans 414 communes réparties dans 49 départements. L'influence de l'eau potable a été surtout manifeste dans le département de la Seine où l'épidémie a débuté; 79 communes ont été atteintes. Celles d'entre elles qui puisaient leur eau en aval du grand égout, ont présenté 36,4 décès par 1,000 habitants; celles qui la puisaient entre Paris et le grand égoût, 15,6; enfin celles qui la puisaient en amont de Paris, seulement 2,7.

II. — Les allures du choléra à l'intérieur de l'établissement d'aliénés de Hambourg fournissent une remarquable preuve du rôle étiologique de l'eau de boisson. Tous les quartiers de l'asile, à l'exception du pavillon des pensionnaires, étaient alimentés par la même eau d'Elbe non filtrée que la ville, qui était alors le théâtre d'une violente épidémie cholérique. Les 1,291 aliénés des quartiers ont présenté 122 cas, tandis que les 72 pensionnaires n'en ont eu qu'un seul, chez une femme alimentée avec la sonde œsophagienne, qui avait vraisemblablement été lavée dans de l'eau de la distribution non bouillie; le pavillon des pensionnaires n'avait que de l'eau de puits pour boire.

III. — Dans l'épidémie de Livourne de 1893, Terni et Pellegrini ont constaté la virulence encore entière de bacilles cholériques contenus dans des selles parfaitement normales, 21 jours après le début de la maladie.

IV. — Pendant l'épidémie de Rome de la même année, Celli et Santori ont, dans 12 cas sur 43, isolé du contenu intestinal, à l'aide de cultures sur peptones maintenues à la température de la chambre, un vibrion,

qu'ils appellent *romain*, parce qu'il diffère sur beaucoup de points importants du bacille de Koch.

En premier lieu, il ne se développe absolument pas à la température de 37° et uniquement à celle de la chambre; de plus, il ne croît ni dans le bouillon, ni sur l'agar peptonée, et il ne croît sur les pommes de terre qu'autant qu'elles ont été traitées par la soude ou le sel de cuisine. Celli et Santori sont disposés à voir dans leur vibrion romain une variété transitoire du vibrion cholérique de Koch (*R. S. M.*, XLIV, 454).

V. Günther ne saurait accepter l'interprétation de Celli et Santori. Le fait que le vibrion romain refuse la température de 37° est la preuve que c'est un microorganisme ne possédant pas la faculté de se développer dans le corps des animaux à sang chaud; c'est l'eau ou les aliments qui l'ont introduit dans le tube intestinal et il s'agit là d'un saprophyte inoffensif.

VI. — Durant le stade algide du choléra, di Vestea n'a jamais trouvé d'acide nitreux dans l'urine, où manquait même très souvent l'acide nitrique. Presque dans tous les cas de terminaison favorable, durant le stade de réaction, l'urine renfermait de l'acide nitrique et, fréquemment, aussi de l'acide nitreux; mais la réaction de ce dernier était presque toujours moins nette. Chez les animaux, dans le péritoine desquels il injectait de minimes doses de nitrites, celui-ci apparaissait toujours dans l'urine sous forme de nitrate; s'il augmentait un peu la dose de nitrite, une petite partie apparaissait dans l'urine, intacte, tandis que le reste, la majeure partie y était oxydée à l'état de nitrate. Le phénomène était le même, non seulement chez les herbivores dont l'urine peut renfermer normalement des traces d'acide nitreux, mais aussi chez les carnivores (*R. S. M.*, XLIII, 75).

VII. — Le petit village de Bürgeln, situé à deux heures de Marbourg, a été, en août et septembre 1894, le siège d'une petite épidémie de choléra, dont l'origine n'a pu être reconnue; elle a atteint 16 personnes dont 6 enfants et fait 4 victimes; le diagnostic bactériologique en a été établi. Dans les 3 cours d'eau de la localité, on a trouvé de nombreuses espèces de vibrions. 2 d'entre elles se rapprochaient à maints égards du vibrion de Koch, présentant en particulier la réaction que Pfeiffer déclare spécifique; mais, d'un autre côté, elles s'en distinguaient par différents caractères : liquéfaction lente de la gélatine; enduit blanc sur pommes de terre; intensité insolite de la réaction rouge; aussi Fraenkel ne peut-il affirmer qu'il s'agit véritablement du vibrion de Koch.

VIII. — Expériences fort intéressantes sur la pénétration du bacille cholérique dans les œufs. Voici comment Wilm a procédé. Les œufs, après avoir subi une heure l'action du sublimé au millième et été lavés à l'alcool ainsi qu'à l'éther, sont placés séparément dans des récipients en verre fermés par un bouchon d'ouate; ces verres contiennent déjà de l'eau peptonée stérile (10 gr. peptone et 5 gr. de sel par litre d'eau) qu'on inocule avec quelques anses d'une culture de vibrions cholériques sur agar. On place les récipients 48 heures dans l'étuve à 37° C. Au bout de ce temps, on retire les œufs à l'aide d'instruments stérilisés, on les plonge 1 heure dans la liqueur de sublimé au millième et on les nettoie avec la brosse et le savon. La moitié de ces œufs sont perforés au niveau de leurs

extrémités, préalablement flambées avec une pincette chaude et leur contenu versé dans des ballons d'Erlenmeyer ou des godets de Petri, stérilisés les uns et les autres. Le blanc et le jaune, qui n'offrent aucune modification de couleur ou d'odeur, servent à ensemencer des tubes d'eau peptonée, des tubes inclinés d'agar solidifiée, des tubes de gélatine ou d'agar glucosée, enfin des plaques de gélatine. Des cultures sont entreprises également avec la pellicule qui revêt intérieurement la coquille. Au bout de 24 à 30 heures, sur tous ces divers sols, on voit apparaître des cultures presque pures de bacilles cholériques; il n'y a en moyenne que 2 œufs sur 10 où il y ait d'autres microrganismes. L'examen du reste des œufs laissés 4 jours de plus à l'étuve, fournit le même résultat, mais leur blanc était trouble et exhalait une faible odeur d'hydrogène sulfuré et les cultures du blanc et du jaune renfermaient, à côté des bacilles cholériques, d'autres microbes. Wilm a reconnu que la virulence des bacilles de Koch était exaltée par leur séjour à l'intérieur des œufs. Tous les œufs qu'il a placés dans des selles de cholériques ou dans de l'eau additionnée d'excréments cholériques, de même que dans de la sciure ou dans de la paille hachée infectées de cultures cholériques fraîches, ne tardaient pas à renfermer des bacilles cholériques, souvent déjà au bout de 24 heures.

IX. — Sobernheim a recherché dans 6 échantillons de sang l'existence des substances vaccinantes pendant la convalescence du choléra ; il s'agissait, les uns, de cas graves, les autres, de cas légers ; 4 des malades étaient parvenus au 15e ou 17e jour de leur attaque, les 2 autres à la 6e ou 7e semaine. Quand il s'agissait de sang tiré une quinzaine de jours après le début du choléra, le sérum avait des propriétés immunisantes d'autant plus marquées que le choléra avait été moins sérieux; mais pour le sang tiré un mois plus tard, le sérum des cas légers était dénué de toute efficacité prophylactique, tandis que celui des cas graves avait considérablement accru sa puissance d'action ; mais ce même sérum n'avait aucune propriété curative. Ces expériences prouvent une fois de plus que l'immunité cholérique conférée aux cobayes tient à une action microbicide, tandis qu'on est impuissant contre les substances toxiques des bacilles du choléra, à l'égard desquelles on ne possède pas d'antidote.

Si l'on figure par des courbes l'évolution des matières vaccinantes dans le sérum des cas de choléra léger ou, au contraire grave, on voit que la courbe des cas légers diffère de celle des cas graves. La ligne est plus courte, de longueur moitié moindre, embrassant un laps de 6 semaines au lieu de 3 mois. Cette ligne a un sommet également moins élevé, c'est-à-dire que le sérum n'a jamais l'intensité d'action qu'il a dans un cas grave; enfin son point initial ne coïncide pas avec celui de la courbe des cas graves, puisque les matières vaccinantes apparaissent plus vite dans les cas légers. J. B.

Des infections pneumococciques dans l'érysipèle, par M. ROGER (*Revue de méd., avril 1895*).

Quand une complication inflammatoire survient au cours d'un érysipèle, on pense habituellement à une localisation secondaire de l'infection primitive. Cette conception n'est pas toujours exacte, principalement

lorsqu'il s'agit de quelque manifestation interne : pneumonie, méningite, péritonite. Chez 10 malades, Roger a vu survenir des accidents qui relevaient d'une infection secondaire par pneumomocoque. Dans 6 cas, les manifestations étaient localisées au poumon ; une fois, le poumon et le péritoine furent simultanément envahis ; enfin, chez les 3 autres malades, il s'est produit une localisation, exclusive ou prédominante, au niveau des méninges.

La pneumonie, survenant au cours de l'érysipèle, offre une symptomatologie mal dessinée, une évolution irrégulière, généralement rapide, et se termine le plus souvent d'une façon fatale ; elle ne peut être reconnue qu'à l'examen stéthoscopique.

Les lésions constatées à l'autopsie sont celles de la broncho-pneumonie.

L'infection pneumococcique portant sur les méninges, avec ou sans participation des poumons au processus morbide, passe assez souvent inaperçue pendant assez longtemps, puis délire, raideur, coma, asphyxie, sont les principales phases cliniques que l'on note d'habitude.

L'examen bactériologique permet de faire un diagnostic plus précis que celui fondé sur l'anatomie pathologique, et surtout sur la clinique.

Il s'agit probablement d'une auto-infection, l'érysipèle permettant au pneumocoque qui habite si fréquemment la bouche, et en particulier la bouche des érysipélateux (Netter), d'envahir un organisme débilité par une maladie première.

Quant à la gravité, à l'évolution parfois foudroyante de ces pneumonies, elle est probablement due à l'influence de l'association microbienne. Le streptocoque restant souvent cantonné à la peau, ce sont sans doute ces produits de sécrétion qui, en imprégnant l'organisme, augmentent la réceptivité. C. GIRAUDEAU.

Influence de l'érysipèle sur l'évolution et la terminaison du choléra asiatique, par N. BLAGOWIESTCHENSKI (*Mediz. obozr.*, *n° 15*, *1894*).

Pendant l'épidémie cholérique dans le pays transcaspien, Bl. a observé 4 malades qui, à la deuxième période d'un choléra très grave, furent atteints d'un érysipèle de la face. Dans tous les 4 cas, l'adjonction de l'érysipèle a eu une influence favorable sur la marche du choléra. La température présenta un tracé caractéristique de l'érysipèle ; la diarrhée et les convulsions disparurent le deuxième jour de la complication ; l'anurie disparut le deuxième-troisième jour, l'état général, l'appétit et le sommeil s'améliorèrent rapidement et les malades guérirent en peu de jours. Bl. croit que l'érysipèle a abrégé la durée du choléra. H. FRENKEL.

Myélite aiguë disséminée au cours de la variole d'origine streptococcique, par ŒTTINGER et MARINESCO (*Soc. méd. des hôp.*, *25 janvier 1895*).

Un homme de 20 ans entre le 15 décembre à l'hôpital pour une variole légère dont les prodromes remontent au 11 décembre ; le 19 dans l'après-midi, après une chute de la fièvre, il y a une reprise, le malade ne peut uriner ; le 20, parésie flasque des membres inférieurs ; réflexes rotuliens abolis, sensibilité diminuée ; le 21, perte de connaissance ; les 4 membres sont inertes ; respiration suspirieuse ; mort le 23. A l'autopsie on trouve la pie-mère très

injectée ; moelle très ramollie au dos et aux lombes. Aucune lésion histologique des nerfs périphériques. La moelle présente des lésions prédominant dans la substance grise, surtout au voisinage des vaisseaux dont les parois sont infiltrées de cellules jeunes et très épaisses ; un certain nombre d'entre elles contient des diplocoques, ronds ou ovoïdes ; quelques-unes en sont comme bourrées ; dans la moelle même on trouve des microbes autour des cellules nerveuses, très rarement dans une cellule nerveuse ; ces cellules présentent des altérations variées, toutes de nature régressive, avec rupture fréquente du cylindraxe. Le canal épendymaire renferme beaucoup de streptocoques englobés dans une masse albumineuse ; et autour de lui existent de nombreuses colonies de micro-organismes, soit dans les vaisseaux, soit libres, soit contenus dans des cellules phagocytaires ; ce sont ou des diplocoques, ou surtout des streptocoques. H. L.

Sur un cas de maladie de Thomsen suivi d'autopsie, par DEJERINE et SOTTAS (*Revue de méd., mars 1895*).

Cette autopsie, la première qui ait été pratiquée, confirme les résultats obtenus par Erb en étudiant des fragments de muscles enlevés sur le malade vivant.

La lésion initiale est l'hyperplasie nucléaire, et l'hypertrophie se manifeste, surtout dans les muscles, qui fournissent la plus grande somme d'efforts.

L'absence d'hypertrophie du faisceau primitif tout au début de la lésion, alors que l'hyperplasie des noyaux traduit une altération déjà commençante ; le développement de cette hypertrophie ultérieurement permettent de supposer qu'elle est une conséquence de suractivité fonctionnelle. Les auteurs sont donc amenés à considérer l'hypertrophie des muscles, dans la maladie de Thomsen, comme une hypertrophie d'origine fonctionnelle. Enfin cette étude démontre l'intégrité du système nerveux, et range la maladie de Thomsen dans la classe des myopathies primitives.

C. GIRAUDEAU.

I. — A case of actinomycosis, par MALLORY (*Boston med. surg. Journ., 28 mars 1895*).

II. — Two cases of actinomycosis hominis with remarks from a clinical standpoint, par LOTHROP (*Ibidem*).

III. — Actinomycosis of the abdominal wall, par MIXTER (*Ibidem*).

I. — Ce cas d'actinomycose humaine ne fut pas diagnostiqué du vivant du malade, constamment pris pour tuberculeux dans les hôpitaux où il fut traité pour des abcès des parois thoracique et abdominale et pour des phénomènes broncho-pulmonaires. Il succomba dans le marasme. Autopsie. Le diagnostic macroscopique fut : tuberculose, broncho-pneumonie et abcès secondaires des poumons avec pneumonie interstitielle. Périhépatite avec abcès du foie. Abcès de l'avant-bras gauche sur les muscles pronateurs, abcès de l'épaule gauche sur le deltoïde, abcès du poignet droit face dorsale. Plaies et trajets fistuleux des parois thoracique et abdominale, sans communication avec les cavités. Un grand nombre de pièces anatomiques provenant des organes lésés furent durcies dans l'alcool pour être examinées au microscope. Ce fut l'examen histologique qui démontra que le processus pathologique dans son entier reconnaissait pour cause l'actinomycès, mais il ne fut pas possible d'établir quel organe avait été le premier envahi par le champignon.

II. — Ces deux cas, l'un d'actinomycose thoracique chez un homme, l'autre d'actinomycose abdominale chez une femme, ne doivent pas être inédits, car L. dit qu'ils ont été observés à Vienne, mais ne précise ni par qui, ni dans quel hôpital. Ils semblent avoir été mis en tête de ce travail pour servir de modèle clinique et d'introduction aux quelques généralités que cet auteur consacre ensuite à l'actinomycose, maladie peu connue aux Etats-Unis.

III. — Un homme de 60 ans, entré à l'hôpital pour une tuméfaction située sur la ligne médiane, juste au-dessous de l'ombilic.

On pense à une tumeur maligne de la région. Laparotomie. La paroi abdominale, l'épiploon, le péritoine et l'intestin sont adhérents, agglutinés par des tissus de néo-formation formant une masse assez volumineuse que l'on enlève; le chirurgien se préparait même à réséquer une portion de l'intestin lorsque l'examen du liquide puriforme contenu en petite quantité dans la tumeur permit de diagnostiquer une actinomycose de l'abdomen à point de départ intestinal. L'opération fut alors terminée par un grattage; suites opératoires bonnes. Le malade ne fut pas suivi. CART.

Maladie osseuse de Paget chez un jeune sujet de 17 ans, par BLANC (*La Loire méd.*, *15 mars 1895*).

Le sujet de cette observation représente un cas type de la dystrophie osseuse décrite par Paget. La maladie a débuté il y a deux ans et a évolué progressivement. On constate les déformations classiques décrites par les auteurs; elles sont limitées aux deux tibias, aux avant-bras et au quart inférieur de l'humérus gauche.

L'auteur remarque que l'âge du malade constitue une exception à la règle (l'affection n'ayant été décrite que chez les adultes et chez les vieillards), et comme, à deux reprises, il s'est récemment produit une poussée très nette des genoux, il estime que la maladie osseuse de Paget n'est qu'une manifestation rhumatismale. OZENNE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Traitement de la rétroflexion par la transplantation du péritoine anté-utérin, par CHAPUT (*Soc. anat. Paris, p. 771, novembre 1894*).

L'utérus étant libéré de ses adhérences, et redressé, son fond est saisi avec une érigue et tiré en haut. On incise le péritoine transversalement sur le milieu de la face antérieure de l'utérus : l'incision, de 5 à 6 centimètres de longueur, empiète latéralement sur les ligaments larges. La lèvre inférieure de l'incision est décollée avec le doigt, de haut en bas : on dénude ainsi la paroi antérieure de l'utérus et du vagin sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ. Dans la logette ainsi formée par le lambeau péritonéal décollé, on introduit l'utérus, mis en antéflexion:

on suture le lambeau et la partie la plus élevée de la face postérieure de l'utérus : trois points de suture suffisent.

Deux malades ont été ainsi traitées avec succès. MAUBRAC.

Beitrag zur primären Genitaltuberkulose..... (Contribution à l'étude de la tuberculose primaire des organes génitaux de la femme), par Albert SIPPEL (*Deutsche med. Woch., n° 52, p. 974, 1894*).

Une jeune fille de 20 ans est atteinte de tuberculose de la trompe droite; on enlève la trompe et on constate que le péritoine est infecté tout autour de l'orifice abdominal de la trompe tuberculeuse. 6 mois après, on est obligé d'enlever la trompe gauche atteinte également de tuberculose, et on constate que le péritoine autour de l'orifice tubaire est encore atteint, bien qu'il fut sain au moment de la première opération. Le reste du péritoine est sain. Le point de départ commun de l'infection des deux trompes est la muqueuse utérine; des lambeaux de cette muqueuse provenant d'un curetage ont donné des bacilles de Koch.

Ce fait établit donc avec la précision d'une expérience physiologique la marche du virus tuberculeux dans les organes génitaux de la femme,

L'auteur pense que le chirugien doit, dans ce cas, se garder d'enlever les ovaires, afin de conserver l'influence bienfaisante de la menstruation.

H. DE BRINON.

Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, par DONNET (*Thèse de Paris, 1895*).

Sur 23 malades traitées par l'ignipuncture ou la résection partielle e l'ovaire par la méthode de Pozzi, 19 ont guéri, 13 d'entre elles n'ayant plus ressenti ultérieurement de douleurs et ayant eu une menstruation régulière; 6 ont conservé quelques très légères douleurs, mais ont pu reprendre leurs occupations; 6 n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, 4 sont devenues ultérieurement enceintes et ont accouché à terme d'enfants vivants, 1 a fait une fausse couche. Toutes ces opérations ont été indiquées par la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire. L'opération ne doit pas être tentée lorsqu'il existe une lésion de la trompe, la métrite invétérée, l'utérus fibromateux, lorsque la femme est âgée, près de la ménopause. P.

I. — Ueber eine Methode der vaginalen Laparotomie, par A. DUEHRSSEN (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 296, 19 mars 1894*).

II. — Ueber eine neue Methode der Laparotomie (vaginale Coeliotomie), par le même (*Ibid., n° 29, p. 673 et n° 35, p. 690, 16 et 23 juillet 1894*).

III. — Discussion, par GOTTSCHALK (*Ibid., n° 30, p. 700*).

I-II. — Par son opération, Duehrssen se crée une voie d'accès aux organes génitaux pelviens en ouvrant le cul-de-sac antérieur du vagin et le péritoine de l'excavation vésico-utérine. Il refoule le tissu conjonctif rétro-vésical jusqu'au niveau de l'orifice interne du col utérin, puis transperce en travers, à l'aide d'un fil de soie, la portion la plus élevée visible de la paroi utérine antérieure pour l'attirer en bas. Il incise alors, au-dessus de cette suture, le péritoine et, par cette ouverture, amène jusqu'à la vulve, tout le corps de l'utérus ainsi que les trompes et les ovaires. On peut

ainsi pratiquer sur ces organes les mêmes opérations qu'avec la laparotomie abdominale. Duehrssen donne, comme indications spéciales de sa nouvelle opération : l'utérus fixé en rétroflexion et l'énucléation de petits fibromes ; il a lui-même, chez une femme, enlevé par cette voie 10 fibromes utérins. Il a déjà pratiqué 24 fois cette opération, qu'il appelle cœliotomie vaginale. Il en indique la technique comme suit : attirer le col utérin avec des pinces jusqu'à l'entrée du vagin, inciser transversalement le cul-de-sac antérieur et tirer fortement en haut avec des pinces le bord libre de l'incision ; aller saisir avec l'index le repli vésico-utérin pour l'amener à l'ouverture du cul-de-sac vaginal, et là le sectionner avec les ciseaux. Si on ne parvient pas à abaisser avec le doigt ce repli, ce qui tient le plus souvent à ce qu'on l'a décollé avec la vessie sur une trop grande hauteur de la paroi utérine antérieure, passer, en travers de la portion la plus élevée encore visible de cette paroi utérine, un fil de soie qu'on tire fortement en bas en même temps qu'on refoule en arrière le col. Réunir ensuite la lèvre péritonéale de l'incision du repli au bord de l'incision vaginale par 2 sutures au catgut. Si l'incision transversale du cul-de-sac ne laisse pas passer l'utérus, y joindre une incision longitudinale dirigée vers l'urètre.

Chez 2 femmes, il a enlevé les annexes utérines d'un côté ; chez 3 autres, de nombreux fibromes utérins ; chez 4, ayant un utérus immobilisé en rétroflexion, il a, avec le thermocautère, libéré l'utérus, les trompes et les ovaires de leurs adhérences ; enfin, dans 15 cas de rétroflexion mobile de l'utérus, il a amené au dehors les annexes et détruit avec le thermocautère les follicules kystiques des ovaires. Sur les 24 opérées, 22 présentaient de la rétroflexion, et la cœliotomie vaginale a constitué le premier acte d'une vagino-fixation intrapéritonéale de l'utérus. A cet effet, il a passé 2 points en fil de ver à soie à travers la lèvre de l'incision vaginale et le fond de l'utérus, puis réduit les annexes et le corps utérin et, enfin, noué les sutures, fixant ainsi le fond de l'utérus à la paroi vaginale antérieure. Pour mieux repousser le col en arrière, à l'aide d'une suture continue au catgut, il transforme l'incision transversale du cul-de-sac en une incision antéro-postérieure.

Toutes les opérées ont guéri sans fièvre. L'une d'elles a conçu trois semaines après sa guérison et se trouve actuellement au sixième mois de la grossesse. Au bout de huit jours, les femmes peuvent se lever et partir un ou deux jours plus tard, sans avoir besoin de bandages. La situation de la cicatrice les met à l'abri d'adhérences épiploïques ou intestinales ainsi que d'une éventration. L'opération est moins dangereuse que la laparotomie abdominale, car, bien qu'on ouvre le péritoine, on opère complètement en dehors de lui, parce que la lèvre antérieure de la plaie vaginale s'applique contre la paroi utérine postérieure qui est elle-même pressée fortement contre la symphyse. Il n'y a donc pas possibilité d'issue des intestins.

Malheureusement la cœliotomie vaginale n'est applicable qu'aux cas où l'on peut abaisser le col jusqu'à l'orifice du vagin et pour des myomes ne dépassant pas le poing. Les tumeurs de l'ovaire peuvent être un peu plus volumineuses à condition d'être peu adhérentes. On ne peut également enlever les annexes qu'autant qu'on peut les attirer dans le vagin. En principe, la cœliotomie est une opération qui a pour but de conserver

l'utérus et les annexes saines. Si les annexes sont malades des deux côtés, elle n'est plus que le premier acte de l'ablation vaginale de Landau.

Dès qu'on arrivera à opérer de bonne heure les fibromes utérins, la cœliomyomectomie vaginale sera l'opération de choix, puisqu'elle conserve l'utérus. En combinant la vagino-fixation et la colporraphie, on n'aura plus besoin, pour la rétroflexion compliquée de prolapsus vaginal, de pratiquer l'ablation de l'utérus et la résection du vagin. Duehrssen proteste, en passant, contre Winter (*R. S. M.*, XLIII, 567), Fritsch, Küstner, E. Fränkel, qui décrivent, comme modification de l'opération de Mackenrodt (*R. S. M.*, XLII, 567), la vagino-fixation du fond de l'utérus à l'aide d'une incision longitudinale du vagin, tandis que Duehrssen la pratique à l'aide d'une incision transversale; le point essentiel dans cette opération n'est pas le mode d'accès, mais bien celui de fixation. Or, Mackenrodt conseille de fixer l'utérus un peu au-dessus de l'orifice interne du col, ce qui ne saurait donner une guérison durable, ainsi que Winter s'en est aperçu.

La cœliotomie vaginale serait encore indiquée dans les cas de rupture de l'utérus où elle permettrait de suturer la plaie utérine.

III. — Gottschalk, qui est peu partisan, en général, de l'ablation par le vagin de l'utérus et des annexes, l'est encore moins du procédé de Duehrssen, car l'espace manque dans le cul-de-sac antérieur. Pour les fibromes, son propre procédé de ligature des artères utérines est moins dangereux que l'opération de Duehrssen et est applicable à des tumeurs plus volumineuses. Quant à l'hystéropexie vaginale, les indications en sont restreintes aux cas rares de rétroflexions d'utérus mobiles qui ont résisté au traitement orthopédique; mais elle ne peut remplacer l'hystéropexie abdominale, ni quand l'utérus est immobile, ni quand les annexes sont malades, ni quand on ignore s'il y a des adhérences entre les annexes et les intestins. J. B.

D'une forme particulière de cancer utérin (cancer diffluent à cellules musculaires lisses du type embryonnaire), par CONDAMIN (*Gaz. hebd. Paris, 19 janvier 1895*).

L'auteur rapporte deux cas d'une affection cancéreuse survenue chez des femmes ayant dépassé la ménopause, se développant surtout aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, sans envahir la cavité utérine et sans donner lieu à des hémorragies. La lésion détermine dans le cul-de-sac de Douglas une masse molle rappelant l'empâtement de l'hématocèle. Malgré l'état cachectique des malades, cette erreur de diagnostic a été faite. La ponction a ramené un liquide séro-hématique contenant des caillots et des fongosités mollasses d'un gris blanchâtre et semblables à du frai de poisson. La mort, due à la cachexie croissante, a été chaque fois rapide.

L'examen des fragments provenant de l'intervention et de l'autopsie a montré que la tumeur était constituée par des fibres musculaires lisses, à noyaux volumineux et à caractère très embryonnaire.

LEFLAIVE.

Glycosurie pendant la grossesse, par STIEBER (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

2-pare, ayant au début de la grossesse un goût très exagéré pour le sucre (elle en consommait 250 grammes par jour), soif intense, pollakiurie, œdème des membres, glycosurie (8 grammes de sucre par litre). A la suite d'une alimentation appropriée et de l'administration de bromure de potassium, la quantité de sucre tombe à 2 grammes par litre. Accouchement à terme, pertes utérines. Application du forceps. Suites de couches pathologiques. Le sucre augmente et l'urée diminue au moment des accidents fébriles. Enfin, guérison.

Porak met en garde contre les recherches du sucre par les procédés chimiques de réduction. Il existe pendant la grossesse une substance azotée, très voisine de la créatinine, qui a été isolée et étudiée par Hanriot, qui réduit la liqueur de Fehling et la potasse comme le sucre. Aussi tous les travaux sur la glycosurie des femmes enceintes qui ne donnent pas de renseignements précis sur le mode chimique de la recherche du sucre doivent être considérés comme nuls. PORAK.

Scarlatine et albuminurie de la grossesse, par GAULARD (*Soc. obst. de France, 11 avril 1895*).

On reconnaît fréquemment l'albuminurie chez des femmes enceintes qui ont eu la scarlatine dans leur jeune âge. Du fait de la scarlatine, le rein est souvent malade d'une façon latente et la grossesse le révèle et quelquefois en déterminant d'emblée des symptômes graves et survenant de bonne heure. Le régime lacté constitue un traitement insuffisant.

Bar a accouché quatre fois une dame atteinte de scarlatine à 18 ans. Elle a toujours eu de l'albuminurie dans ses grossesses, et le régime lacté ne l'a pas modifiée. D'ailleurs les maladies infectieuses agissent de même façon que la scarlatine. P.

Ictère grave au cours de la grossesse (traitement par les bains froids; guérison); par CHAUFFARD (*Journ. des praticiens, n° 20, p. 305, 1895*).

Une femme enceinte de trois mois et demi, ne présentant aucune tare hépatique, ni alcoolique ni syphilitique, entre à l'hôpital le 15 mars pour un ictère par rétention datant de six jours et offrant des allures bénignes; le 20 mars fièvre (39°,3 le soir) et quelques troubles nerveux, céphalalgie, insomnie. Le 21, au matin, 40°,8. En même temps le taux de l'urée était tombé à 12 grammes. Du 21 au 25 mars sous l'influence du traitement par les bains froids systématiques (treize en tout), injections de sérum et régime lacté, la température baissa progressivement pour tomber le 25 au matin à 36°,4. De plus on constata une diminution très nette de la matité hépatique. Après quelques reprises de fièvre la guérison s'installa définitivement, le foie reprit son volume normal et cessa d'être douloureux; les fèces reprirent leur coloration. LYON.

I. — Observations de vomissements incoercibles de la grossesse, par MARDUEL (*Soc. obst. de France, 11 avril 1894*).

II. — Avortement provoqué dans un cas de vomissements incoercibles, par PUECH (*Ibidem*).

I. — Observation d'un cas grave de vomissements incoercibles. Il se produisit des troubles oculaires, déterminés par des hémorragies rétiniennes-

Comme il existait un peu d'albumine, ce signe parut avoir une gravité exceptionnelle. L'état général de la femme étant très sérieux, Fochier procéda à l'avortement qui fut très difficile à mener à bonne fin. Après l'opération, il y eut une amélioration sensible, mais qui ne dura pas ; la malade succomba.

II. — Cas grave de vomissements incoercibles ayant nécessité l'avortement provoqué. L'état de faiblesse de la femme, la gravité de son état indiquaient l'évacuation rapide de l'utérus et le curetage. Ce procédé est rapide et ne détermine pas d'hémorragie sérieuse.

Gaulard pense qu'on ne devra jamais recourir à ce procédé que dans les 3 premiers mois de la grossesse. Après ce terme, on n'obtient pas une dilatation suffisante du col et on peut éprouver de réelles difficultés à l'extraction du fœtus.

Charpentier ne recourt à l'avortement brusqué que dans les 2 premiers mois de la grossesse, à 2 mois 1/2 au plus tard. Après cette date, il s'est souvent bien trouvé du badigeonnage de la cavité utérine avec le nitrate d'argent. Il insiste au point de vue du pronostic sur le défaut d'harmonie du pouls et de la température et sur la persistance des vomissements quelques jours après l'avortement. P.

Die Walcher'sche Hängelage, par A. KALT (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 20, p. 652, 15 octobre 1894*).

Walcher (*R. S. M.*, XXXV, 556) a démontré que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin ne représente pas une longueur invariable, mais qu'on peut l'allonger de près d'un centimètre en plaçant sous le siège de la parturiente un coussin et en laissant pendre les jambes en dehors du lit.

Kalt a eu plusieurs fois l'occasion de vérifier la justesse du dire de Walcher. Il publie 2 cas de femmes à bassin légèrement rétréci qui ont pu accoucher spontanément en prenant le décubitus pendant de Walcher, tandis qu'il avait fallu intervenir dans leurs précédents accouchements.

Le fait que le diamètre promonto-pubien du détroit supérieur peut être agrandi par une certaine attitude de la femme a son importance en obstétrique pratique. En cas de rétrécissements pelviens modérés, on peut ainsi faciliter l'engagement de la tête dans l'excavation et éviter l'emploi du forceps. Le décubitus indiqué par Walcher est aussi utile en cas de bassin normal avec tête fœtale volumineuse ; enfin il trouve encore son indication dans les présentations du siège où l'attitude, les jambes pendantes peuvent accélérer le passage de la tête au niveau du promontoire. J. B.

Pratique et résultats dans 60 cas d'accouchements avec bassin rétréci, observés du 15 avril 1893 au 15 avril 1894, par GUÉNIOT (*Soc. obst. de France. 18 avril 1895*).

Sur ces 60 cas, il s'agissait de rachitiques, 1 fois d'ostéomalacie, 1 fois de bassin oblique ovalaire. Parmi les bassins rachitiques le diamètre conjugué vrai (même d'après le promonto-sous-pubien, diminué de 65 millimètres) mesurait 1 fois 69 millimètres, 16 fois de 75 à 82 millimètres, 21 fois de 82 à 87 millimètres, 21 fois de 87 à 92 millimètres, 1 fois 95 millimètres.

Il s'agissait 24 fois de primipares, 24 fois de secondipares, 12 fois de multipares.

25 de ces femmes ont accouché spontanément.

38 fois l'accouchement a été provoqué presque toujours par le procédé de Kraus, 14 fois l'accouchement a été normal, 4 fois il a été obtenu par le forceps seul et 3 fois après symphyséotomie, 2 fois par la version. Mortalité maternelle 0, mortalité infantile 5.

12 fois on est intervenu à terme, 1 fois par symphyséotomie, 5 fois par le forceps; 4 fois l'enfant était mort. 2 fois par la version, 11 fois l'enfant était mort, et enfin 3 fois par la basiotripsie; 1 fois on pratiqua l'extraction manuelle pour une présentation du siège. Mortalité maternelle, 1. P.

Acquirirte unförmige Struktur der Scheide als Geburtshindernis (Sténose annulaire acquise du vagin mettant obstacle à l'accouchement), par A. GOLDBERG (*Centr. f. Gyn.*, *n° 23*, *1894*).

Une femme, accouchée une première fois au forceps, présenta deux mois après cet accouchement un rétrécissement annulaire cicatriciel du vagin, admettant à peine le doigt. Elle se refusa à toute opération. Une nouvelle grossesse étant survenue un an au plus tard, la sténose vaginale mit obstacle à l'accouchement. C'est en vain que Golberg essaya d'appliquer le forceps, il dut recourir à la perforation du crâne. CH. MAYGRIER.

Dystocie pour tumeur sacro-coccygienne chez le fœtus, par RIVIÈRE (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

Cette cause de dystocie est très rare. Les éléments du pronostic reposent: 1° sur le volume de la tumeur; 2° sur sa nature; 3° sur son insertion (les tumeurs pédiculées exposent bien plus à la dystocie que les tumeurs sessiles); 4° sur la présentation fœtale. La présentation du sommet est bien plus favorable que la présentation du siège. Dans cette dernière présentation la tumeur peut se relever et tendre à s'engager en même temps que le tronc. Le diagnostic est souvent méconnu. S'il est fait, le traitement l'impose; il faut abaisser la tumeur, de façon à la dégager avant le siège.

A l'appui de ces considérations, suivent deux observations :

1° Femme de 20 ans, avec bassin rétréci. Présentation du siège complet. Tumeur sacro-coccygienne méconnue, impossibilité d'abaisser le pied, dérapement des forceps. On ne peut terminer l'accouchement que par broiement.

2° Femme de 36 ans, 12-pare, dilatation complète, hydramnios (5 litres de liquide), présentation du siège, enfant mort. Tractions énergiques et inefficaces. On fait alors le diagnostic de la tumeur sacro-coccygienne. L'accouchement devint facile après qu'on eut obtenu l'abaissement et le dégagement de la tumeur. P.

Ein Fall von Ectasia vesicæ urinariæ congenita und darnit verbundenen Geburtshindernis, par DEBRUNNER (*Corresp.- Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 17*, *p. 534 1er septembre 1894*).

Femme ayant eu 6 accouchements normaux avec enfants bien conformés et vivants et un avortement à 5 mois. Dès la seconde moitié de sa grossesse présente, son ventre a pris un développement anormal. A la fin du 8e mois,

la poche des eaux se rompt sans douleurs préalables ; puis les contractions utérines apparaissent faibles et les mouvements fœtaux qui s'accusent anormalement par de fortes secousses ne tardent pas à cesser. Application du forceps sur la tête dans le petit bassin. Le crâne est extrait sans difficultés, mais le tronc résiste à tous les efforts qui amènent une rupture du rachis cervical. La largeur du bassin de la mère ayant permis de dégager le bras droit, on renouvelle les tractions sur ce membre qui est arraché avec l'omoplate. A l'arrivée de Debrunner, il constate un développement excessif de l'abdomen partout fluctant; il ne sent aucune partie fœtale. Après avoir amputé la tête qui ne tenait plus que par la peau et les muscles et réduit le cou et l'épaule gauche, il introduit une main dans la cavité utérine, il reconnaît que le tronc fœtal forme un kyste énorme qu'il ponctionne avec la pointe de ciseaux. Ecoulement de 6 litres de liquide jaune clair ; version podalique et extraction. Couches normales.

Examen du fœtus : phimosis très serré, prépuce œdématié. Vessie dilatée dépassant le nombril et présentant des adhérences lâches avec les parois abdominales antérieure et latérales. Double hydronéphrose. Dilatation de l'uretère gauche. Les testicules sont encore au-dessous des reins. Le diaphragme est refoulé en haut. (*R. S. M.*, XVI, 213 et XVII, 445 (fait de Cornelli), XXVII, 231 et XLIV, 579). J. B.

I. — Présentation du siège décomplété, mode des fesses primitif, par RIVIÈRE (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

II. — Sur une anomalie du mécanisme de l'accouchement dans la présentation du décomplété, mode des fesses, par LASKINE (*Ibid.*).

I. — Cette présentation est presque toujours secondaire et se produit au moment de l'accouchement; elle est cependant quelquefois primitive. Suit la relation d'une observation où cette présentation a été constatée sur un œuf complet. On a d'ailleurs trouvé sur la tête de l'enfant l'empreinte des orteils.

Dans ces cas l'abaissement prophylactique du pied présentera les plus grandes difficultés.

II. — Il s'agit d'une sacro-iliaque droite qui s'est dégagée en exécutant sa rotation de droite à gauche, au lieu de la faire de gauche à droite, et qui s'est arrêtée en gauche antérieure. P.

Application de forceps au détroit supérieur, par PERRET (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

Perret, montrant d'après les statistiques la gravité des applications du forceps au détroit supérieur, conclut qu'on ne peut avoir de chance d'obtenir un enfant vivant que lorsque l'écart entre le diamètre bipariétal de l'enfant et le diamètre antéro-postérieur du bassin ne dépasse pas 5 millimètres. Pour obtenir le diamètre bipariétal de l'enfant, il faut mesurer le diamètre occipito-frontal et en retrancher 25 millimètres. Budin fait remarquer que l'auteur ne tient pas assez de compte de la forme de rétrécissement du bassin, de la situation de la tête fœtale et du mode d'application du forceps. P.

Zur Mechanik der Inversio Uteri puerperalis, par v. HERFF (*Münch. med. Woch., n° 2, p. 25, 1895*).

L'auteur explique la production d'une inversion utérine spontanée, où il n'y avait pas à invoquer la pression, même celle des intestins, et où il n'y avait pas eu de tiraillements opérés pendant la délivrance, de la façon suivante. L'absence complète de contraction, due à l'épuisement provoqué par un accouchement très long, chez une primipare de 42 ans, rachitique, avait permis au fond de céder à la simple pression atmosphérique, s'exerçant sur le fond de l'organe, pendant que, à l'intérieur de l'organe, l'occlusion du vagin suffisait à empêcher l'accès de l'air et par suite à produire un vide au moment où l'utérus, cessant de se contracter, augmente de volume, sans que cet espace se remplisse de sang ou d'air.

C. LUGET.

Ueber Bedeutung und Ätiologie des vorsichtigen Meconiumabganges (Signification et étiologie de l'issue précoce du méconium), par ROSSA (*Archiv für Gyn., XLVI, 2*).

Les recherches de Rossa ne lui permettent pas d'admettre avec la majorité des auteurs que l'issue du méconium pendant le travail soit un signe certain d'asphyxie et de mort imminente du fœtus, ainsi qu'une indication constante de terminer rapidement l'accouchement.

A l'exception des cas où l'enfant est mort ou ne se présente pas par le sommet, cet auteur a observé l'issue du méconium dans le tiers des accouchements sur 100; et sur 85 enfants perdant du méconium 67 sont nés vivants.

Il conclut d'ailleurs ainsi :

Très fréquemment il y a écoulement de méconium sans que le nouveau-né soit menacé d'asphyxie.

Dans les cas même où cet écoulement se produit longtemps avant l'accouchement, il ne s'ensuit pas que le fœtus doit naître en état d'asphyxie. Ce même écoulement, se produisant dès la rupture de la poche des eaux, n'a aucune signification au point de vue de l'asphyxie. Mais s'il y a en même temps modification des bruits du cœur, l'état de souffrance du fœtus est certain. Sur 100 enfants perdant du méconium, sans modification des bruits cardiaques, 17 seulement sont nés en état d'asphyxie. D'autre part, l'asphyxie fœtale peut très bien survenir dans l'utérus, sans qu'il y ait issue de méconium.

Cette issue est causée par des contractions intestinales exagérées; dans bon nombre de cas, l'asphyxie est totalement étrangère à la production de ces contractions, et une maladie de la mère (fièvre typhoïde, bronchite, entérite, etc.) suffit à les provoquer.

CH. MAYGRIER.

Ein Fall von rascher Rückbildung..... (Régression rapide de sarcomes après l'accouchement prématuré artificiel), par JAHR (*Centralbl. f. Gyn., 9 juin 1894*).

Il s'agit d'une femme de 36 ans, ayant eu 7 accouchements normaux, qui se présenta à la clinique de Kiel enceinte de sept mois. Toujours bien portante jusque vers le quatrième mois de la grossesse actuelle, elle a remarqué alors dans l'aisselle droite l'apparition d'une petite tumeur dure, douloureuse;

deux mois plus tard une tumeur analogue se montra dans le sein droit. Ces masses augmentèrent rapidement de volume et surtout de nombre; l'état général devint mauvais et la cachexie évidente. Le microscope permit d'établir le diagnostic de sarcome. En présence de la marche rapidement envahissante du mal, on résolut d'interrompre la grossesse. L'accouchement fut provoqué à l'aide d'une injection intra-utérine de glycérine, et se termina par la naissance d'un enfant mort, présentant déjà quelques traces de macération.

Les suites de couches furent excellentes; les tumeurs cessèrent de s'accroître et diminuèrent même de volume; quelques-unes disparurent, et l'état général s'améliora notablement.

La femme quitta la clinique le onzième jour; mais elle resta faible, et sans qu'aucun changement survînt dans les tumeurs, elle tomba dans le collapsus six semaines plus tard, et succomba. CH. MAYGRIER.

De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, par MAGGIER (*Thèse de Paris, 1895*).

De 1889 à 1895, à la clinique Baudelocque, sur 8,355 femmes, 1,509 fois les membranes étaient trop déchirées pour qu'on pût déduire de la mensuration des membranes une conclusion sur la situation du placenta. Sur les 6,946 femmes restantes, 2,908 fois le placenta était inséré à plus de 9 centimètres de l'orifice interne (42,33 0/0), 3,938 fois il était inséré au-dessous de 9 centimètres. Chez les primipares 1,836 fois (46,62 0/0), chez des primipares (57,52 0/0) (685 fois (17,30 0/0) au-dessous de 5 centimètres, 1,151 (29,22 0/0) au-dessus de 5 centimètres); chez les multipares 2,102 fois (53,63 0/0) (780 fois au-dessous de 5 centimètres (19,80 0/0), 1,322 fois au-dessus de 5 centimètres (33,57 0/0)). Jamais on n'a observé l'insertion centrale.

Le sommet se présentait 93,52 0/0, le siège 2,46 0/0, l'épaule 0,41 0/0, la face 0,12 0/0.

L'hémorragie a été observée dans les proportions suivantes :

		Grossesses : 1er tiers.	2e tiers.	3e tiers.	Travail.	Délivrance.	Après la délivr.
		—	—	—	—	—	—
Primipares.	De 0 à 5 cent..	1.16 0/0	1.02 0/0	4.81 0/0	2.77 0/0	2.48 0/0	1.60 0/0
	De 5 à 9 — ..	0.60	1.56	2.17	1.12	1.12	1.21
Multipares..	De 0 à 5 — ..	1.79	3.07	6.02	4.23	1.79	1.53
	De 5 à 9 — ..	0.90	0.90	2.79	0.90	1.27	1.36

La rupture prématurée des membranes a été observée 13,90 0/0, la rupture précoce 16,67 0/0. L'avortement est noté 0,50 0/0 et l'accouchement prématuré 17,72 0/0, plus souvent chez les primipares que chez les multipares. La procidence du cordon est fréquente 0,70 0/0, la procidence des membres 0,86 0/0 et la procidence du cordon et des membres 0,10 0/0. La mortalité maternelle est de 0,10 0/0 et la mortalité fœtale de 2,51 0/0. P.

Insertion et enchatonnement du placenta dans une corne utérine anormalement développée, par MAYGRIER (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

Primipare, au 7e mois de la grossesse, accouche prématurément; rétention du délire après rupture du cordon, métrorrhagie très abondante. La rétraction de

l'orifice interne empêche l'introduction de la main. Dilatation du col de l'utérus par l'introduction dans la cavité d'un ballon de Champetier, puis d'un second. L'introduction de la main est de nouveau arrêtée par un second rétrécissement siégeant au niveau de la corne utérine anormalement développée. On parvient à vaincre cet obstacle et on extrait alors le placenta. Celui-ci pèse 320 grammes, il a pris la forme d'un sac. Le cordon présentait une insertion vélamenteuse. P.

Rétention d'un cotylédon placentaire, par BUDIN (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

La rétention d'un cotylédon placentaire se reconnaît, s'il tire son origine du gâteau placentaire, à l'excavation qui marque la place qu'il a occupée, s'il était succenturié aux vaisseaux qui courent sur les membranes vers le point qu'il occupait. Mais ces deux signes font défaut lorsque le cotylédon est tangent au disque du placenta. Il faut la plus minutieuse attention pour reconnaître à l'endroit qu'il occupait un petit lacis tomenteux assez peu caractéristique. La difficulté de diagnostic est encore plus grande lorsque, dans le cas de placenta succenturié, la partie des membranes parcourue par les vaisseaux est déchirée.

Ordinairement, lorsque l'antisepsie est bien facile, le cotylédon tombe spontanément quelques jours après l'accouchement et fournit la preuve de l'erreur de diagnostic commise. Mais s'il survient des accidents et des lochies fétides, il faudra toujours penser à la possibilité de la rétention méconnue d'un cotylédon placentaire et régler la thérapeutique sur la possibilité de cette complication. PORAK.

Séheidenauspülungen bei ganz normalen Geburten..... (Injections vaginales dans les accouchements normaux), par LEOPOLD (*Archiv für Gyn., XLVII, 3*).

Ce travail résume les recherches faites par Leopold sur l'opportunité des injections vaginales; en voici les conclusions :

Dans tous les accouchements opératoires ou dystociques les injections vaginales et même utérines sont nécessaires; elles permettent le plus souvent d'éviter les complications fébriles des suites de couches.

Par contre, dans les accouchements normaux, chez des femmes saines, ces injections sont plutôt nuisibles qu'utiles; elles n'ont souvent d'autre action que de provoquer l'accélération du pouls et l'élévation de la température.

Les suites de couches sont meilleures après un accouchement normal quand on s'abstient d'injections, et cela même lorsque le toucher vaginal a été employé pendant le travail.

Et cette assertion se vérifie non seulement quand il y a eu désinfection parfaite de l'accoucheur et de la parturiente, mais surtout quand on s'est abstenu pendant le travail, autant que possible, de toute exploration interne.

Les précautions les plus minutieuses doivent être prises dans les maternités par les étudiants, les sages-femmes et les médecins, et aucun examen interne ne doit y être pratiqué sans le contrôle d'un assistant.

D'ailleurs, le plus grand nombre des accouchements, qu'il s'agisse de bassins viciés, de présentations de siège ou de la face et à plus forte

raison du sommet, peuvent être pratiqués à l'aide seulement de moyens d'exploration externe.

C'est dans le sens de cette investigation externe, méthodique, que doit être dirigée l'instruction des élèves; grâce à elle on peut faire un accouchement normal sans pratiquer une seule fois le toucher.

Les suites de couches fébriles sont toujours la conséquence d'une infection qui a été apportée du dehors et introduite dans le vagin ou l'utérus pendant ou après l'accouchement.

On peut observer des accidents puerpéraux même chez des femmes qui n'ont subi aucun examen interne : c'est à ces cas qu'on a donné le nom d'*auto-infection*. Mais c'est là une erreur ; l'infection vient toujours du dehors, et c'est à la suite d'une faute commise, d'un manque de précaution, qu'elle a pénétré dans l'organisme. Le mot *auto-infection* doit être rayé une fois pour toutes de la nomenclature médicale.

CH. MAYGRIER.

Un cas de grossesse extra-utérine, par BERLIN (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

Grossesse compliquée au 2e mois de péritonite, mouvements actifs du fœtus perçus à l'époque normale, disparaissant le 7e mois. Faux travail à terme ; un mois après, l'état général de la femme étant mauvais, nouveaux symptômes de péritonite ; quoiqu'il existât une tumeur dans le cul-de-sac postérieur, l'existence d'un écoulement fétide par l'utérus fit penser à la rétention d'un fœtus mort et éloigna la probabilité d'une grossesse extra-utérine. En voulant provoquer le travail, on constate que l'utérus est inhabité. La laparatomie pratiquée fixe le diagnostic réel; opération très difficile à cause des adhérences étendues de l'intestin avec le kyste fœtal. La femme meurt de collapsus le lendemain de l'opération.

Gaulard rapporte une observation de grossesse tubaire compliquée par une rétention de la caduque avec écoulement fétide provenant de l'utérus.

P.

Anatomische und klinische Beiträge zur Lehre von der ektopischen Schwangerchaft (Grossesse extra-utérine), par HOFMEIER (*Verhandl. der physik.-mediz. Gesells. zu Würzburg, XXVIII, 4*).

Travail basé sur 14 observations de grossesse extra-utérine et terminé par les considérations suivantes qui résument les opinions de Hofmeier sur le sujet :

Les manifestations considérées habituellement comme caractéristiques de la fin de la grossesse tubaire ne sont nullement probantes : l'expulsion d'une caduque entière n'est même pas pathognomonique à cet égard.

La perception au niveau de la tumeur de pulsations est très importante au point de vue du diagnostic différentiel ; la disparition de ces pulsations indique la régression de l'œuf, leur persistance démontre la continuation de son développement. Cette constatation demande à être faite pendant un certain temps pour avoir toute sa valeur.

Le danger de la grossesse tubaire ne disparaît pas avec la production d'un hématome, car ce dernier peut augmenter encore même après la mort de l'œuf.

Ce sont surtout les cas où il y a insertion de l'œuf près de l'atrium

abdominal qui se terminent par un avortement tubaire; certaines conditions pathologiques de la trompe favorisent la rupture.

Une altération antérieure de la muqueuse tubaire est souvent difficile à démontrer; il n'y a que rarement des exsudats périmétritiques anciens.

Si l'enfant est vivant à la fin de la grossesse, il faut opérer.

La fécondation de l'œuf peut correspondre aussi bien à la dernière période menstruelle qui a existé qu'à la première qui a manqué.

CH. MAYGRIER.

I. — Note stastistique sur l'opération césarienne depuis 1877, par DEMELIN (*Soc. obst. de France, 18 avril 1895*).

II. — Opération césarienne, par TARNIER (*Ibidem*).

I. — 164 opérations conservatrices avec mortalité maternelle de 22 0/0 et de mortalité fœtale de 21 0/0; 55 opérations de Porro avec mortalité maternelle de 23 0/0 et une mortalité fœtale de 50 0/0. Le pronostic est d'ailleurs meilleur dans les dernières années, aussi bien pour l'opération césarienne conservatrice dont la mortalité maternelle est tombée à 20 0/0 depuis 1890 et la mortalité fœtale à 13 0/0, aussi bien que pour l'opération de Porro dont la mortalité maternelle est tombée à 20 0/0 et la mortalité fœtale à 40 0/0. Ces chiffres sont encore bien meilleurs à partir de 1893. La cause de mort de la mère est le plus souvent l'infection. Les meilleures conditions sont d'opérer peu de temps après le début du travail, alors que la poche des eaux n'est pas rompue. On doit réserver l'opération de Porro aux cas où l'utérus est infecté, à ceux où il se produit une hémorragie grave et incoercible. L'auteur étudie ensuite les indications qui justifient la section césarienne et celles dans lesquelles on devrait ou non pratiquer l'amputation utéro-ovarique.

II. — 1° Opération justifiée par le cancer du col de l'utérus. Couches apyrétiques. Enfant ranimé, vécut;

2° Opération justifiée par cancer du col et du segment inférieur, difficulté de l'applicatoin des sutures utérines. Néanmoins couches apyrétiques. L'enfant succomba la nuit qui suivit sa naissance, à la suite d'une hémorragie méningée;

3° Opération justifiée par un gros fibrome, femme en travail depuis trois jours, poche des eaux rompues, enfant mort. Le 5e jour, lochies fétides; injection intra-utérine, au cours de laquelle survint une syncope et la mort survint peu d'heures après avec les signes de l'embolie pulmonaire;

4° et 5° Opérations faites chez la même femme par un rétrécissement rachitique, pseudo-ostéomalacique. A la première opération, femme bien portante, enfant chétif, paraissant inerte. La seconde opération a été moins parfaite, il est resté une petite fistulette. On n'a pas retrouvé trace de la cicatrice de la première opération ni de fils de soie.

T. insiste sur les précautions suivantes : intervenir près du terme, mais avant le travail, ponctionner l'utérus au bistouri, élargir l'incision avec les ciseaux, faire une injection d'ergotine; se faire assister autant que possible par les mêmes aides connaissant vos habitudes, faire des pansements rares.

PORAK.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité pratique des maladies des enfants, par GOODHART. Trad. de VARIOT (*In-8° Paris, 1895*).

Cet ouvrage est en quelque sorte le résumé de l'expérience et de la pratique personnelle de l'auteur ; et à ce titre fort intéressant à lire pour quiconque a l'habitude des enfants. Mais, d'autre part, il ne suffit pas à l'instruction des étudiants ; il est en plus d'un endroit incomplet et bref sur les sujets que Goodhart n'a pu étudier complètement, et sur lesquels il ne s'est pas formé une idée réfléchie ; il déclare lui même son ignorance sur ce point et passe. En revanche, il a écrit des chapitres frappés d'un cachet très personnel sur l'alimentation des enfants du premier age, et en particulier l'alimentation artificielle, si en honneur outre Manche, sur les troubles de la digestion et là, comme d'ailleurs dans tout le reste de l'ouvrage, il entre avec une grande minutie dans le détail de l'hygiène appropriée et de la médication ; et c'est là un des caractères principaux de cet ouvrage, partout le chapitre du traitement est développé et discuté avec un sens clinique rare. H. L.

I. — Cases illustrating the importance of an examination for the diphtheric bacillus, par John WASHBOURN et Edg. HOPWOOD (*Brit. med. Journ., p. 121, 19 janvier 1895*).

II. — On the persistence of the bacillus of Lœffler after recovery from diphtheria, par A. SCHÄFER (*Ibid., p. 61, 12 janvier 1895*).

I. — Les auteurs attirent l'attention sur les faits suivants :

1° L'angine scarlatineuse à pseudomembranes n'est pas toujours fonction de streptocoques, comme on l'a dit, mais peut être parfaitement liée à la présence du bacille de Lœffler. Ils en citent un exemple. Il en est de même de l'angine pseudomembraneuse, post-scarlatineuse, survenant au décours de la fièvre éruptive ;

2° La durée de la virulence du bacille est longue. Ils ont trouvé le bacille de Lœffler dans la bouche d'un enfant soixante-trois jours après la disparition des membranes : il est vrai que les cultures n'ont pas été virulentes;

3° L'examen des mucosités naso-buccales montre parfois, dans un coryza méconnu, la source d'une épidémie de diphtérie ;

4° Les surveillantes et infirmières, chargées de soigner des diphtériques, présentent souvent dans leur salive le microbe à l'état virulent, tout en continuant à se porter parfaitement.

II. — Schæffer publie un cas où le mucus de la gorge et la salive renfermaient des bacilles de Lœffler à cultures virulentes quatre ou cinq semaines après la disparition des fausses membranes diphtériques.

Sur un autre enfant, atteint d'une angine suspecte en mai, méconnue alors et suivie d'une paralysie deux mois plus tard, la salive a montré, sept mois et demi après, la présence de bacilles fertiles. H. R.

Ueber die Mischinfection bei Diphtherie der Kinder, par BERNHEIM (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 966, 1er octobre 1895*).

Les streptocoques ne jouent pas un rôle uniquement dans la diphtérie septique; on peut les rencontrer aussi en assez grand nombre, dans les cas moins graves, sous les formes suivantes : 1° streptocoque court, voisin du pneumocoque de Frænkel; 2° streptocoque long, troublant ou non le bouillon; 3° streptocoque congloméré. Enfin, on trouve en plus petit nombre aussi des staphylocoques.

Ces divers micrococques ont une double influence fâcheuse; non seulement ils favorisent par leurs produits vitaux le développement des bacilles de Lœffler dont ils exaltent la virulence, mais, en outre, ils font directement sentir leurs effets sur le malade.

Les expériences comparatives d'infection mixte sur les animaux montrent que l'introduction des streptocoques donne une infection plus grave, et celle des staphylocoques une infection moins grave que la diphtérie simple. J. B.

Sur le croup d'emblée et sur le diagnostic différentiel entre la laryngite aiguë suffocante et le croup diphtérique, par VARIOT (*Journal de clin. et de thérap infantiles, 2 mai 1895*).

Sur 597 malades reçus à l'hôpital, 150 avaient des croups avec exsudats apparents ; 97 avaient des laryngites sans fausses membranes apparentes ; 57 furent diagnostiqués croups après l'examen bactériologique ; 40 seulement étaient non diphtériques ; sur ces 40, 21 avaient du tirage et 51 cas sur 57 croups sans exsudat ; il y a donc eu une proportion de 1/4 au lieu de la moyenne de 1/20 indiquée par Trousseau.

H. L.

Pseudodiphtérie septicémique chez les enfants nouveau-nés, par Alois EPSTEIN (*Jahrb. f. Kinderh., XXXIX, p. 420*).

Un enfant d'environ 3 semaines est pris au cours d'une gastro-entérite de mal de gorge. Cette angine a cliniquement et anatomiquement tous les caractères de la diphtérie. Mais au lieu du bacille de Lœffler, on ne trouve que des cocci. Il s'agit d'une infection à point de départ intestinal; cocci de l'angine et cocci de l'entérite sont vraisemblablement analogues.

De même, bien des diphtéries secondaires à la variole, à la fièvre typhoïde, au choléra, à la rougeole, à la scarlatine sont en réalité des pseudodiphtéries septicémiques.

Au cours des entérites, il n'est pas rare d'ailleurs, d'observer d'autres localisations infectieuses sur la muqueuse buccopharyngée, plaques de sphacèle, abcès sous-muqueux, suffusions sanguines qui sont également d'origine septicémique. A.-F. PLICQUE.

Sur l'association de la diphtérie à la tuberculose, par VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles, 17 janvier 1895*).

Variot a pu examiner les organes de plusieurs enfants dont la diphtérie a résisté au point de vue clinique et bactériologique au traitement par l'antitoxine : quatre d'entre eux présentèrent des lésions tuberculeuses dans le thorax (cavernes, pneumonie caséeuse, bronchopneumonie, adénopathie trachéobronchique). Il admet que l'association de la diphtérie à la tuberculose rend moins efficace l'action de l'antitoxine, et que la persistance des manifestations diphtériques après les injections de sérum doit faire redouter la présence de lésions tuberculeuses. H. L.

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les injections de tuberculine, par GAFFIÉ (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur passant en revue les signes cliniques qui peuvent aider au diagnostic précoce de la tuberculose, cachexie, polyadénopathie, hypertrophie splénique, hémoptysie, fièvre, etc., montre qu'aucun n'est pathognomonique. Il a employé dans le service des Enfants assistés des injections sous-cutanées de tuberculine (1/20, puis 1/10 de milligramme, 1 milligramme au maximum) ; il ne l'appliquait jamais si l'enfant avait la fièvre. Sur 20 enfants suspects de tuberculose, 11 ont réagi ; 4 sont morts ; 2 ayant réagi étaient des tuberculeux ; 2 n'ayant pas réagi ne l'étaient pas.

La réaction locale dans la tuberculose pulmonaire n'a rien de précis ; il semble qu'il se fasse une légère poussée congestive ; pour la réaction générale l'élément fondamental est la fièvre, à brusque ascension, à plateau durant 6 à 24 heures, à défervescence lente ; en règle la fièvre oscille entre 38,5 et 39,5. Employer prudemment la tuberculine peut donner de bons résultats. H. L.

Ueber die] klinische Diagnose der Bronchialdrüsenerkrankung, par SEITZ, et discussion (*Berlin. klin. Woch., n° 44, p. 1010, 29 octobre 1894*).

Les symptômes fonctionnels de l'adénopathie bronchique peuvent se diviser en : 1° symptômes respiratoires qui sont la dyspnée et la sténose des bronches ; 2° symptômes circulatoires : ectasies veineuses, œdème et cyanose de la face, épistaxis, palpitations, bruits veineux au haut du sternum ; 3° symptômes de compression des nerfs intrathoraciques : quintes de toux, accès coqueluchoïdes de spasme du larynx, enrouement allant jusqu'à l'aphonie par paralysie du récurrent ou plus rarement par compression du phrénique et du sympathique ; 4° symptômes de compression de l'œsophage : dysphagie. Quant aux signes physiques, ce sont : 1° de petites matités circonscrites au niveau de la partie supérieure du sternum ou des deux côtés de la colonne vertébrale dans l'espace interscapulaire ; en ces deux lieux, une expiration forte, soufflante, parfois très caractéristique et perceptible encore de la 3e à la 5e vertèbre thoracique ; 2° des adénites profondes du cou ; 3° des signes de perforation produits par des ganglions caséeux.

Pott déclare que le diagnostic différentiel entre l'adénopathie bronchique et l'hypertrophie du thymus est quelquefois très difficile.

Fischl signale, comme moyen diagnostique, l'existence de tuméfactions ganglionnaires, pas très considérables mais dures, de chaque côté du cou, sur le bord antérieur des trapèzes.

Heubner, considérant que la tuberculose ganglionnaire des enfants est le plus souvent l'équivalent de la tuberculose pulmonaire commençante des adultes, exprime le souhait qu'on recoure aux injections de tuberculine pour reconnaître de bonne heure cette adénopathie.

Eisenschitz relève l'importance diagnostique des symptômes fonctionnels relativement au peu de certitude des signes de percussion et d'auscultation. Il insiste également sur les rapports symptomatologiques réciproques de la coqueluche et de l'adénopathie bronchique. D'un côté, les tumeurs des ganglions bronchiques provoquent des quintes coqueluchoïdes; d'un autre côté, la prolongation insolite de la coqueluche est due à des gonflements des mêmes ganglions qui se produisent dans le cours de la maladie; ces adénites ne sont d'ailleurs pas toujours tuberculeuses, car on les voit souvent rétrocéder avec la cessation de la toux.

Von *Wiederhofer* attribue une certaine valeur diagnostique aux signes suivants : expiration plus bruyante au niveau de la bronche gauche, quoique la bronche droite soit plus large; matité circonscrite dans le premier espace intercostal et dont l'apparition est souvent assez précoce; émaciation rapide dans le cours de bronchites traînantes et récidivantes.

Seitz répond à Fischl que les adénites cervicales sont trop communes pour y attacher une grande importance diagnostique. Comme Ganghofner, il a vu survenir des tuméfactions considérables des ganglions bronchiques à la suite de la diphtérie. J. B.

De la nature de la coqueluche et de son traitement germicide topique, par MONCORVO (*Méd. infantile, 15 janv., et Broch. in-8°, Paris, 1895*).

Dans deux mémoires publiés en 1884 et 1885, Moncorvo démontra que la coqueluche devrait être rangée dans la classe des maladies parasitaires; la résorcine appliquée directement sur la muqueuse laryngée est parvenue dans tous les cas à faire décroître assez rapidement le nombre des quintes. 70 cas suivis tous de guérisons confirmaient alors ces premières conclusions. L'auteur a poursuivi ces recherches, cultivant le microorganisme, et l'inoculant avec succès sur des animaux. Il fait remarquer à ce propos que toute desquamation de la muqueuse laryngienne ouvre la porte au parasite coquelucheux, d'où la grande fréquence de cette affection au cours de la rougeole ou de toute inflammation bronchique.

Moncorvo fils, de concert avec son père, a poursuivi ces études.

Les préparations faites, sans l'addition d'autre substance qu'une gouttelette d'eau stérilisée, ont laissé apercevoir des globules de pus et de sang ; dans les cas plus graves, un grand nombre de cellules épithéliales pavimenteuses, d'autres à forme diverse, nucléées, infiltrées toutes de microorganismes ; en outre, quelques germes de la salive normale et enfin, un nombre considérable de micrococci allongés, rarement globulés, affectant presque toujours la forme bacillaire, quelque peu brillants, quelques-uns présentant un étranglement central, irrégulièrement disposés, tantôt en chaînes courtes ou longues, courbes ou droites ; tantôt isolées ou encore groupées en zooglées, les cellules épithéliales en étant

l'habitat presque invariable. Leurs dimensions, variables suivant les cas, mesurent environ 1 μ. Le microbe se colore bien par les couleurs d'anilide, plus particulièrement par le violet de méthyle, la fuchsine et encore mieux par la solution de Ziehl. Ces microorganismes diminuent progressivement à la suite du traitement germicide. Le milieu nutritif le plus apte à leur culture a été l'agar-agar peptonisé. Au bout de 24 à 32 heures (selon la température), on voit le long de la strie une profusion de gouttelettes fort transparentes et très peu nettes. Deux ou trois jours plus tard, ces petites colonnes grandissent, prenant alors l'aspect de petites lamelles de graisse caillée, d'abord arrondies et finissant par leur fusion par occuper presque toute la surface du bouillon. Par des transplantations successives, on est arrivé à des cultures pures, absolument exemptes de tout autre germe. A l'examen microscopique on aperçoit un nombre considérable de cocci allongés, tantôt en chaînettes de 3, 6 ou même 8, quelques-uns d'entre eux simulant un bacille court ou en bâtonnet ; la distinction entre le micrococcus et le bactérium, notamment par les bâtonnets courts, est bien loin d'être facile comme le pense De Bary.

Le liquide blanchâtre sécrété par le germe en question n'a jamais amené la moindre altération des globules rouges du sang sur le champ du microscope. A la température de 100°, le microorganisme s'éteint, tout en résistant pourtant à un abaissement de — 15°. Les meilleures conditions de température varient entre 35° et 40°. Ils résistent bien à celles de 50°. Sa prolifération s'arrête à partir de 60°. Inoculées à des chiens, des chats et des cobayes, les cultures ont donné la toux quinteuse ; la souris semble avoir un certain degré d'immunité. Sur les petits poulets, on a constaté, à la suite de l'inoculation, un changement du piaulement, de même qu'une sécrétion muqueuse exagérée dans la gorge.

Chez les enfants indociles ou dans les cas d'hypercoqueluche, Moncorvo a eu recours aux badigeonnages périglottiques d'une solution de cocaïne précédant ceux de résorcine ; enfin s'adresse-t-il encore souvent, pour amoindrir le réflexe de la toux, à l'administration de l'antipyrine ou aux inhalations de pyridine. Moncorvo passe en revue les travaux confirmant les résultats de sa méthode thérapeutique. A. C.

Injections sous-cutanées de bichlorhydrate de quinine dans la coqueluche, par H. LAUBINGER (*Jahrb. f. Kinderh., XXXIX*, *p. 141*).

12 observations qui semblent démonstratives au point de vue de l'action des injections quiniques sur le nombre des quintes, sur leur intensité (disparition des vomissements), sur l'état général. Influence sur la durée totale de la maladie un peu plus douteuse. La solution employée était à parties égales. On faisait chaque jour 1 ou 2 injections de 0^{gr},50 à 1 gramme de liquide. Ces injections sont douloureuses et très mal acceptées. C'est le grand inconvénient de la méthode. A.-F. PLICQUE.

Zur operativen Behandlung des chronischen Hydrocephalus, par von RANKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 45*, *p. 1031*, *5 novembre 1894*).

Enfant de 10 mois, chez lequel depuis l'âge de 6 semaines on avait noté une augmentation de volume de la tête qui finit par atteindre une circonfé-

rence de 57 centimètres. Il y avait exagération des réflexes rotuliens, des intervalles de rigidité spasmodique et une grande anémie. A l'aide d'un trocart de 2 millimètres von Ranke évacue 350 centimètres cubes de sérosité et injecte 30 centimètres cubes d'une solution aqueuse stérilisée de teinture d'iode au vingtième et à la température du corps. L'opération fut suivie d'un certain collapsus; au bout de trois quarts d'heure, vomissements répétés, mais l'enfant tette bien; maximum de température, 40°; exagération de l'excitabilité réflexe; puis chute graduelle de la fièvre qui a complètement disparu au bout d'une quinzaine. La circonférence de la tête avait diminué de 2 centimètres et le poids du corps avait beaucoup faibli. Mort, peu après la sortie de l'hôpital, par suite d'un catarrhe intestinal infectieux.

A l'autopsie, les deux ventricules latéraux ne communiquaient pas; celui qui n'avait pas été ponctionné renfermait de la sérosité claire; celui qui avait été ponctionné un liquide brun, beaucoup plus riche en fibrine, et il existait un épaississement considérable des parois de ce dernier ventricule.

J. B.

Congenital hemihypertrophy, par Samuel ADAMS (*Arch. of ped., décembre 1894*).

Adams rapporte un cas remarquable d'hypertrophie unilatérale du corps chez un garçon de 10 ans. L'hypertrophie affectait la face, la langue, l'amygdale, la mamelle et le scrotum, aussi bien que le squelette et les parties molles. La jambe droite, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, mesurait quatre pouces et demi de plus que la jambe gauche : la circonférence de la cuisse excédait de 4 pouces 3/4. La peau, de ce côté, présentait sur de nombreux points des plaques télangiectasiques.

H. R.

Hémiatrophie de la face chez une enfant, par ZAPPERT (*Berlin. klin. Woch., n° 42, p. 966, 15 octobre 1894*).

Fillette de 9 ans, atteinte depuis sept ans d'une atrophie du côté gauche de la face qui a débuté par le changement de coloration et l'émaciation de la joue. Actuellement le processus atrophique s'étend aux muscles, aux os et à la moitié gauche de la langue et des arcades dentaires. Pas de troubles de la sensibilité.

J. B.

Hémoglobinurie paroxystique essentielle et hérédo-syphilis, par COURTOIS-SUFFIT (*Journ. de clin. et de thérap. infant., 14 mars 1895*).

Un enfant de 5 ans est sujet depuis l'âge de 2 ans à des crises d'hémoglobinurie, qui d'abord ne parurent que l'hiver et étaient nettement dues au froid, puis devinrent plus fréquentes, et se montrèrent même pendant la réclusion à la chambre. Au début de chaque crise il y avait une poussée d'urticaire. L'auteur apprit que le père avait succombé aux suites d'une syphilis grave, que la mère avait eu plusieurs enfants mort-nés; l'enfant lui-même avait des dents mal plantées et une déformation typique du tibia droit; il fut soumis au traitement mixte, la lésion osseuse diminua notablement et les crises d'hémoglobinurie ne reparurent plus malgré l'intensité du froid; l'enfant n'eut que 2 crises avortées.

H. L.

Les souffles cardiopulmonaires chez les enfants, par E. DELABOST (*Thèse de Paris, 1895*).

Dans ce travail inspiré par Potain, l'auteur montre qu'il existe chez les enfants, comme chez les adultes, des souffles cardio-pulmonaires, et qui sont la presque totalité des souffles anorganiques; ils n'apparaissent que

vers 3 ans 1/2 et augmentent progressivement de fréquence jusqu'à 20 ans (résultat de 400 observations) ; les règles posées par Potain pour les adultes sont applicables aux enfants ; l'apparition de ces souffles est provoquée surtout par la chorée, la scarlatine et le rhumatisme ; la coqueluche, la diphtérie et la pneumonie n'ont aucune influence.

H. L.

I. — Ueber Strophulus infantum, par A. BLASCHKO (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 11*, *p. 231*, *18 mars 1895*).

II. — Discussion de la Société médicale berlinoise (*Ibid.*, *n° 46*, *p. 1053*, *12 novembre 1894*).

I. — Le strophulus infantum (urticaire infantile, prurigo, strophulus prurigineux, lichen urticatus), dermatose des plus communes de la première enfance, survient en général dès la première année et tantôt procède par attaques, tantôt persiste durant tout le bas âge. Ses efflorescences ressemblent à des piqûres de punaises ; ce sont des papules dures, d'un rouge vif, munies au centre d'une saillie conique, en pente douce vers la périphérie où elles se confondent graduellement avec la peau saine. Ces papules, tantôt isolées, tantôt groupées, ont comme siège de prédilection le tronc, les fesses et les cuisses ; la plupart offrent en général à leur fond une vésicule plus sensible au toucher qu'à l'œil, grâce à leur situation déprimée. Ces vésicules, au lieu de se rompre, se dessèchent et laissent comme résidu, alors que le reste de l'efflorescence première a disparu, des papules dures, encore longtemps prurigineuses. Dans d'autres cas, on trouve à la plante des pieds et à la paume des mains, au lieu de papules à vésicules, de grosses bulles superficielles qui font prendre l'affection pour un pemphigus, une syphilis héréditaire ou de la gale ; lorsque les bulles occupent aussi le tronc, on les a décrites comme des varicelles chroniques. J. Hutchinson a montré que le prurigo infantile peut se développer non seulement à la suite de la varicelle, mais encore de la vaccine et de la rougeole. D'autre part, Blaschko a observé bon nombre de faits où l'affection a débuté avec la première dentition et a reparu à chaque nouvelle éruption de dents. Le rachitisme est tout au plus une cause prédisposante du strophulus. Il en est de même des troubles digestifs. Le phénomène concomitant le plus fréquent du strophulus est l'anémie à laquelle Blaschko attache une certaine importance étiologique.

Comme traitement, il recourt aux bains sulfureux administrés le soir et à des frictions au goudron ; on peut combiner cette médication en prescrivant un bain avec 50 grammes de sulfure de potassium, pendant lequel on exécute des savonnages avec un savon goudronné. En cas d'insomnie due aux démangeaisons, il administre de l'antipyrine au moment du coucher. Le changement d'air donne toujours, au moins momentanément, d'excellents résultats.

II. — Hugo *Neumann* ne croit pas au rôle étiologique de l'anémie. Il a plutôt observé le strophulus chez des enfants d'une bonne constitution et plus fréquemment chez ceux de la classe aisée. Pour lui non plus le rachitisme n'a rien à voir ici ; en revanche il est disposé à admettre l'influence des troubles digestifs chroniques ; plusieurs fois, il a vu la derma-

tose apparaître et disparaître à la suite de la dyspepsie, causée parfois par excès d'alimentation carnée dès la deuxième année de la vie. La médication alcaline, longtemps continuée, est celle qui lui a paru la plus efficace.

O. Rosenthal voudrait qu'on s'en tînt au nom d'urticaire infantile qui ne prête pas à confusions comme celui de strophulus et qui rappelle la parenté de cette affection avec l'urticaire des adultes, ainsi que l'ont démontré les auteurs anglais, notamment Colcott Fox et Crocker. J. B.

A case of glossitis, in which the membrane covering the tongue (langue), contained Klebs-Löffler bacilli, par WHARTON (*Med. News, p. 496, 13 avril 1895*).

Un enfant de 6 ans était atteint de glossite; la langue, augmentée de volume, était couverte d'une membrane épaisse, qu'on pouvait détacher sans difficultés. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés. Des incisions profondes dans la langue donnèrent issue à du sérum et du sang, sans pus, et amenèrent une diminution rapide de l'organe ; l'enfant guérit ensuite rapidement.

La membrane qui recouvrait la langue fut examinée au point de vue bactériologique : elle renfermait des bacilles de la diphtérie. Dans ce cas la symptomatclogie était celle des cas ordinaires de glossite.

MAUBRAC.

Un cas de fausse sclérose en plaques dû à la coqueluche, par Dawson WILLIAMS (*Med. chir. Transact., LXXVII, p. 57*).

Ce cas a été suivi par l'auteur depuis la fin de 1886, quelques semaines après l'attaque de rougeole qui a donné naissance aux troubles nerveux. Les symptômes observés chez le sujet (3 ans et 8 mois) présentent une ressemblance générale avec ceux de la sclérose en plaques ; tremblement aggravé par l'attention, parole scandée, aspect hébété de la face, bouche à demi ouverte, air stupide, réflexes très exagérés. Mais, d'autre part, le nystagmus n'a été observé à aucun moment, et la maladie, au lieu de progresser, a montré une tendance vers l'amélioration.

Des cas semblables ont été signalés à la suite d'autres maladies infectieuses aiguës, mais non à la suite de la rougeole. H. R.

Néphrite ourlienne suivie de mort, par LE ROY (*France méd., p. 738, 23 novembre 1894*).

Une fillette de 9 ans fut atteinte d'oreillons à détermination parotidienne bénigne. Au bout de 8 jours tout avait disparu, et la malade commença à sortir. Les urines n'avaient pas été examinées.

Un mois après, l'enfant présentait de l'œdème de la face, de la région lombaire et des membres inférieurs. Les urines rares (800 grammes), foncées, rouges, troubles, contenaient $3^{gr},60$ d'albumine par litre. Une enquête attentive ne permit pas de trouver d'autre étiologie que les oreillons.

Malgré le régime lacté, le séjour à la campagne, l'enfant succomba aux progrès de l'urémie trois mois et demi plus tard. LEFLAIVE.

Curabilité du tétanos des nouveau-nés, par FRANZ (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1056, 12 novembre 1894*).

En face des guérisons imputées à la sérothérapie du tétanos, Franz croit utile de présenter la statistique des cas de tétanos des nouveau-nés

qui se sont terminés favorablement, à l'hôpital des Enfants de Vienne, dans les trente dernières années ; il en compte 30 sur un total de 52. Il ressort de ces chiffres que si l'on défalque les cas compliqués dus à des infections mixtes, à la pneumonie, aux affections intestinales, le pronostic du tétanos des nouveau-nés est beaucoup plus favorable qu'on ne le croyait, et que les nouveau-nés offrent peu de réceptivité pour le virus tétanique. J. B.

Traitement de l'oxyure vermiculaire chez l'enfant par la naphtaline, par A. SCHMITZ (*Jahrb. f. Kinderh., XXXIX, p. 122*).

46 cas d'oxyures vermiculaires ont été traités par la naphtaline. Dans 26, le résultat a paru complet et s'est entièrement maintenu après 3 ou 4 mois. Dans les 20 autres cas, le résultat est resté incomplet, mais les démangeaisons, la rectite ont été très améliorées. La naphtaline a toujours été très bien supportée sans troubles gastro-intestinaux, sans troubles généraux. La dose a varié de 0gr,15 chez un enfant de 18 mois à 0gr40 chez des enfants de 12 à 13 ans. On donnait de 4 à 8 de ces doses dans les 24 heures. On donnait simplement la naphtaline mélangée de poudre de sucre, dans l'intervalle des repas en évitant surtout de faire prendre aussitôt après des aliments huileux ou gras susceptibles de dissoudre la naphtaline et d'amener une absorption trop forte. La naphtaline était donnée à 3 reprises à 8 jours d'intervalle.

Outre une constipation assez fréquente, le seul accident observé dans un cas a été une légère strangurie. A.-F. PLICQUE.

A case of right hemiplegia with epilepsy, treated by trephining, par Outterson WOOD et Edw. COTTERELL (*Brit. med. Journ., p. 10, 5 janvier 1895*).

Fillette de 3 ans ; chute d'une meule de foin, à 12 mois, sans choc immédiat ; mais quelques semaines après, développement d'accès épileptiques à type jacksonnien, commençant par le pouce de la main droite, et suivis d'hémiplégie droite. Depuis, persistance des crises et de l'hémiplégie ; arrêt de développement des membres droits ; saillie prononcée de la région pariétale gauche. Trépanation de la région Rolandique ; au-dessous de la dure-mère, on tombe sur un kyste sous-arachnoïdien séreux dont on excise la paroi et qu'on draine. Guérison complète de l'épilepsie et de l'aphasie.

L'auteur pense qu'il s'est agi d'une hémorragie sous-méningée primitive, d'origine traumatique, transformée à la longue en un kyste séreux.

H. R.

Three cases of intracranial abscess; recovery, par Robert W. MURRAY (*Brit. med. Journ., p. 9, 5 janvier 1895*).

1° Une enfant reçoit sur la tête un projectile qui lui fait une plaie superficielle. Quinze jours après, fourmillements dans le bras gauche et la moitié gauche de la face, suivis de spasmes et de paralysie. Trépanation de la zone Rolandique ; on tombe sur un os dénudé et sur un abcès du cerveau. Guérison.

2° Fillette de 9 ans. Otite suppurée. Un mois après, céphalée, puis trois convulsions en une heure ; vomissements ; dilatation de la pupille gauche et léger strabisme ; paralysie légère du côté droit de la face ; double névrite optique ; pouls lent, à 48 ; respiration lente (8). Trépanation dans la région

temporo-sphénoïdale; saillie du cerveau après la section de la dure-mère; un ténotome est enfoncé dans la substance cérébrale et rencontre un foyer purulent à un demi-pouce de profondeur. Drainage. Guérison. Immédiatement après l'ouverture de l'abcès, le pouls remonte à 72, la respiration à 28.

3° Garçon de 11 ans. Otite suppurée trois semaines auparavant. Céphalée et vomissements sans attaques convulsives. Gonflement douloureux de la région mastoïdienne. Trépanation de cette région sans amélioration de l'état général. Une seconde opération met à nu la dure-mère et on ouvre un abcès sous-jacent à cette membrane, voisine du sinus latéral thrombosé. L'enfant continue à aller mal, avec pouls irrégulier, lent; vomissements, céphalée occipitale, névrite optique. On diagnostique un abcès du cervelet. Dans une troisième opération, on met à nu le cervelet et l'abcès est ouvert. Guérison rapide.

H. R.

Luxation de l'axis en avant par choc direct sur la nuque; paralysie progressive des deux membres supérieurs : extension continue, guérison, par J. BRAQUEHAYE (*Journ. méd. Bordeaux, avril 1895*).

Observation d'une fillette de 11 ans qui, s'asseyant brusquement sur un banc, heurta violemment sa nuque contre le dossier. La paralysie survint peu à peu. Comme signe, il y avait de la douleur à la pression sur la colonne cervicale, de l'immobilisation de la tête en flexion légère et, par le toucher pharyngien, on sentait la saillie nette du corps de l'axis

La marche de l'affection, la guérison rapide permit d'éliminer le diagnostic de fracture ou de luxation pathologique et fit accepter l'existence d'une luxation bilatérale en faveur de laquelle on constatait une saillie pharyngienne nettement transversale et l'absence de rotation de la tête. OZENNE.

Danger des injections de naphtol camphré dans les cavités séreuses : un cas de mort chez un enfant, par NETTER (*Soc. méd. des hôpitaux, 10 mai 1895*).

Une fillette de 7 ans présentait des symptômes faisant hésiter entre une péritonite tuberculeuse et une cirrhose. Netter fait une ponction exploratrice et croit trouver un bacille de Koch. Il retire 3,500 grammes de liquide citrin et injecte 5 centimètre cubes de naphtol camphré; trois quarts d'heure après l'enfant est prise d'agitation, d'une crise éclamptique, avec yeux hagards, raideur musculaire généralisée, opisthotonos, écume à la bouche; une série de crises alterne avec des périodes de répit. Mort dans la soirée.

A l'autopsie on trouva le péritoine injecté, contenant un liquide jaune citrin, des fausses membranes fibrineuses récentes sur l'intestin, le foie, gros, muscade; le cœur rétracté, très sclérosé; l'examen de l'urine montre qu'elle contient du naphtol B., mais pas de camphre. H. L.

De l'ostéomyélite des jeunes enfants, par L. BRAQUEHAYE (*Gaz. hebd. méd. Paris, 27 avril 1895*).

Ce travail est basé sur 44 observations. En voici les conclusions :

C'est de 0 à 1 an que l'ostéomyélite a son maximum de fréquence. (21 cas sur 162 malades atteints d'ostéomyélite.)

Si cette affection n'est pas notée plus fréquemment à cette période de la vie, c'est qu'elle est souvent méconnue, car on a peu de renseignements par les petits malades et ils peuvent mourir avant que le gonflement n'apparaisse.

Dans la première enfance, le streptocoque et le pneumocoque se rencontrent bien plus souvent que plus tard.

Il existe, dès cet âge, des formes aiguës et des formes chroniques d'emblée, avec tous les intermédiaires.

Le pronostic est plus grave chez les petits malades que chez les adolescents au point de vue vital, mais il est bien meilleur au point de vue fonctionnel, car il ne survient pas d'ankylose (même après arthrite suppurée), pas d'hyperostose, à peine un peu d'allongement du membre (le raccourcissement est plus rare). Il y a peu de tendance à la formation de séquestres après les poussées aiguës.

La broncho-pneumonie est une complication grave et fréquente même au delà de la convalescence.

Comme traitement, il faut trépaner dans tous les cas sérieux, mais en évitant les grands délabrements, car le tissu osseux se revivifie très bien à cette époque de la vie. OZANNE.

A case of nephrectomy for sarcoma of the kidney, par GRAHAM (*Journal of the Americ. med. Ass., 20 avril 1895*).

Cas de sarcome du rein à cellules rondes chez un enfant de 18 mois. L'enfant ne survécut que quelques heures à l'intervention. Le diagnosti avait été porté déjà 6 mois auparavant, mais à cette époque les parents avaient refusé l'opération qu'ils réclamèrent ensuite *in extremis*. CART.

Sur un cas de triple imperforation de l'urètre chez un nouveau-né, par HERVÉOU et LAUTIER (*Bull. Soc. scient. de l'Ouest, n° 4, p. 234, 1894*).

Un enfant nouveau-né ne pouvait pas uriner. Le méat urinaire était fermé par une mince pellicule qui fut percée au bistouri. Un stylet introduit dans le canal vint buter contre un second diaphragme valvulaire siégeant à la base du gland ; cet obstacle résistant fut forcé avec le stylet. Une sonde s'arrêta devant un autre obstacle siégeant un peu au delà du sillon perinéo-scrotal ; le stylet dut être enfoncé avec force pour le franchir. La sonde put enfin arriver dans la vessie et évacuer 150 grammes d'urine. Cette triple opération se fit à peu près sans écoulement de sang et l'enfant urina ensuite sans difficulté.

LEFLAIVE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Leçons sur les maladies de la peau, par GAUCHER (*Un vol. Paris, 1895*).

L'auteur publie dans cet ouvrage les leçons qu'il a faites à l'hôpital Saint-Louis. Son livre ne comprend pas, dit-il, toute la dermatologie, mais seulement les affections de la peau les plus communes. Mais en réalité cette déclaration ne doit pas être prise à la lettre. Si certaines affections ne font pas l'objet de chapitres spéciaux, l'auteur a donné partout, à propos des lésions élémentaires et du diagnostic différentiel des affections décrites, des développements tels que ces lacunes peuvent

être considérées comme insignifiantes : nous pouvons dire qu'il s'agit ici véritablement d'un ouvrage complet.

Il débute par la description nécessaire de l'anatomie normale de la peau. Parmi les chapitres les plus importants nous devons signaler tout d'abord l'eczéma dont l'étiologie a été l'objet d'une étude qui doit retenir l'attention. Nous ferons remarquer aussi la description des érythèmes et notamment de l'érythème urémique, des érythèmes médicamenteux, des séborrhées et des acnés : l'auteur range dans ce groupe l'acné varioliforme. L'ouvrage contient encore la description du psoriasis, des lichens, des dermatoses bulleuses et suppuratives, des tuberculoses cutanées et de la lèpre, des principales maladies parasitaires, de la pelade, etc... Dans beaucoup de ces études nous aurions à citer les idées personnelles de l'auteur, à propos de l'érythème polymorphe dont il fait franchement une maladie rhumatismale, à propos de l'individualité du strophulus, à à propos de la forme pustulo-ulcéreuse de la tuberculose cutanée, du traitement de l'épithélioma, etc. Mais bien qu'il marche hardiment dans la voie des doctrines nouvelles, l'auteur tient à rester fidèle aux traditions du passé dans ce qu'elles ont d'utile et de rationnel. Il est hostile à ces bouleversements continuels et fatigants de la terminologie dermatologique qui déroutent les praticiens et les étudiants, et qui font croire souvent à des acquisitions nouvelles ou à des changements de doctrines alors qu'on n'a en réalité inventé et changé que des mots. On peut dire qu'on trouvera la caractéristique de ce livre d'enseignement dans cette double préoccupation, d'une part, de ne pas compliquer la dermatologie, mais plutôt de la simplifier en ne multipliant pas ses cadres à l'infini, et d'autre part, de mettre bien en relief tous les liens souvent méconnus qui rattachent si étroitement les maladies de la peau à la médecine générale.

F. BALZER.

Diagnostic et traitement de la pelade et des teignes de l'enfant, par SABOURAUD (*Un vol., Paris, 1895*).

Le nouvel ouvrage de Sabouraud complète les études qu'il a entreprises sur les teignes et qu'il a déjà fait paraître dans un premier volume spécialement consacré à la partie mycologique et bactériologique. Ce second volume est pratique; il s'adresse au clinicien et avant tout au médecin chargé de la surveillance de l'hygiène des enfants dans les milieux scolaires. L'étude symptomatique de la pelade est traitée d'une manière complète : l'auteur conclut à la contagion pour le plus grand nombre des pelades, tout en reconnaissant que le parasite est encore inconnu. Pour les pelades graves il propose le traitement suivant : application d'une solution cantharidée pure; après la vésication, excision de la bulle, puis cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 1/15. Il a vu souvent la repousse des cheveux se faire après ce traitement dans des cas de pelades rebelles.

Dans l'étude des teignes, l'auteur consacre plusieurs chapitres aux épidémies scolaires, au rôle des médecins, à celui de l'assistance publique, à la nécessité d'hôpitaux spéciaux et d'écoles spéciales, enfin aux méthodes d'examen des teignes. Il distingue deux espèces de teignes : 1° la tondante à petites spores, dans laquelle le cheveu est entouré d'un

mamelon de spores; 2° la teigne tricophytique avec les diverses localisations du tricophyton que Sabouraud sépare du parasite de la tondante à petites spores (microsporum Audouini). Nous ne signalerons ici que les méthodes de traitement : 1° couper les cheveux courts; 2° épilation autour des points malades une fois par mois; 3° raser les cheveux trois fois par semaine en ces points et, immédiatement après, application de teinture d'iode sur tout le cuir chevelu. Ce traitement s'applique surtout à la tondante à petites spores. Pour la teigne tricophytique l'auteur se sert du traitement par l'huile de croton préconisé par Ladreit de Lacharrière, en recommandant de modérer l'inflammation autant que possible. Les procédés de destruction ne conviennent que pour atteindre les derniers cheveux malades : l'électrolyse, la galvano-caustique, l'huile de croton peuvent être alors employés. Sabouraud insiste avec raison sur l'impossibilité absolue pour le médecin de discerner le moment exact de la guérison parfaite d'une teigne tondante et la nécessité de surveiller longtemps les enfants réputés guéris. Toute la partie de son livre relative à la prophylaxie des teignes tondantes, dans l'école, dans la famille, dans la ville, la nécessité de la désinfection des locaux après une épidémie et la manière de la pratiquer, est d'un haut intérêt pratique. Quant au favus, l'épilation est le moyen de traitement unique et indiscuté : il faut la renouveler plusieurs fois. Mais il ne faut pas oublier que le favus récidive souvent après la guérison apparente.

Nous n'avons pu indiquer ici que quelques points de cette nouvelle étude de Sabouraud; elle est à prendre comme guide, surtout en ce qui concerne les indications prophylactiques, la répression des épidémies, et elle sera consultée avec fruit par les médecins chargés de surveiller l'hygiène des agglomérations d'individus, les écoles, les pensionnats, les casernes, etc. F. BALZER.

Dermatoses microbiennes et néoplasies, par BROCQ et JACQUET (*Un volume, Paris, 1895*).

Ce troisième volume de l'ouvrage de Brocq et Jaquet contient une étude des grandes dermatoses microbiennes, tuberculose cutanée, lèpre, etc., des dermatoses qui sont causées par les agents ordinaires, de la suppuration, impétigo, ecthyma, folliculites, furoncle et enfin des tumeurs qui peuvent être rapprochées des affections microbiennes de la peau en raison de leur origine démontrée ou supposée parasitaire. Parmi les chapitres les plus importants nous signalerons les tuberculoses cutanées divisées en deux groupes : 1° lésions tuberculeuses résultant de l'inoculation directe de l'agent pathogène de la tuberculose, tubercule anatomique, tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, lupus; 2° lésions tuberculeuses de la peau semblant être le résultat de l'infection générale de l'économie, ulcérations tuberculeuses, gommes scrofulo-tuberculeuses. Nous ferons remarquer aussi les utiles descriptions de la morve et du farcin, de la pustule maligne et de l'œdème malin, de l'ulcère phagédénique des pays chauds. Les folliculites et périfolliculites sont divisées en quatre groupes : sycosis, folliculites suppurées en placards, folliculites et périfolliculites agminées, folliculites disséminées symétriques des parties glabres. Les psorospermoses, les épithéliomas, les verrues, l'actinomy-

cose, etc., terminent ce volume qui complète dignement le traité si pratique de Brocq et Jacquet. F. BALZER.

I. — De la dermatose de Duhring au cours de la grossesse, par PERRIN (*Thèse de Paris, 1895*).

II. — Anatomie pathologique de la dermatose de Duhring, par LEREDDE et PERRIN (*Annales de derm., n° 4, 1895*).

I. — Dans cet important travail, l'auteur rassemble de nouvelles observations et le résultat de recherches faites en commun avec Leredde. Il admet que l'herpès gestationis est une variété de la maladie de Duhring; la grossesse y prédispose en raison des troubles qu'elle apporte au fonctionnement du rein. La maladie de Duhring semble liée à la présence dans le sang, puis dans la peau, d'une substance que fixent les globules blancs, sous forme de granulations acidophiles. La toxicité du liquide des vésicules paraît due à cette substance. C'est elle qui produit les effets nerveux de l'affection et peut-être la mort des enfants chez les femmes enceintes qui en sont atteintes.

II. — En colorant des coupes de la peau à l'aide de l'hématéine qui se fixe sur les noyaux et à l'aide d'une couleur d'aniline acide telle que l'aurantia, les auteurs ont reconnu l'existence d'une quantité extraordinaire de granulations éosinophiles. Les cellules éosinophiles sont placées dans la dermatose de Duhring à une certaine distance des vaisseaux. Ceux-ci sont entourés de lymphocytes. Les cellules éosinophiles existent également dans les vésicules en nombre considérable; sur un total de 227 globules blancs recueillis dans une vésicule, les auteurs ont trouvé 214 cellules éosinophiles. Il semble que la peau élimine dans cette dermatose une substance dont se chargent les globules blancs : cette substance existe à l'état normal, mais son abondance colossale dans la dermatose de Duhring est manifestement spéciale. Les auteurs font aussi observer que les vésicules dans cette maladie se forment non dans les cellules, mais entre elles. F. BALZER.

Réflexions à propos d'une autopsie de maladie de Duhring, par GASTOU (*Soc. franç. de dermat., avril 1895*).

Il s'agit de l'autopsie d'une femme âgée de 60 ans qui avait présenté cliniquement le type établi par Brocq de la dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives. L'auteur rapporte dans son autopsie 3 particularités notables : 1° la stérilité des ensemencements du contenu des bulles; 2° la présence du mal de Pott qui n'avait donné lieu à aucun signe pendant la vie ; 3° les lésions rénales, néphrite mixte. Il fait observer que dans toute maladie de Duhring, il y a lieu de se préoccuper de l'état des viscères et du système nerveux. Dans un autre cas observé avec Leredde, il avait déjà observé une adhérence intime des méninges spinales à la face antérieure des vertèbres. Dans ce nouveau cas, le mal de Pott et l'état des reins sont à considérer dans la pathogénie de la maladie. F. BALZER.

Statistischer Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum, par Hermann SCHULTHESS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 3, p. 65, 1er février 1895*).

Intéressant travail de statistique étiologique, illustré de nombreux graphiques et basé sur l'étude de 121 cas d'érythème noueux traités à la

policlinique de Zurich de 1880 à 1891. L'érythème noueux a été observé chez 0,15 0/0 du chiffre total des malades (80,000), et chez 1,5 0/0 de ceux atteints d'affections à déterminations cutanées (8,305); dans cette même période de 12 ans, on a soigné 59 érythèmes exsudatifs multiformes de Hebra, 22 purpuras rhumatismaux ou simples. Une seule malade a présenté 2 atteintes d'érythème noueux; 4 fois on a observé de petites épidémies de maisons. La fréquence de cet érythème est très variable selon les années; au point de vue des fluctuations annuelles, c'est avec la scarlatine que le parallélisme est le plus remarquable.

La fréquence est la plus grande au printemps, la plus faible en automne et commence à augmenter avec l'hiver.

Relativement à l'âge, c'est la période scolaire de 6 à 14 ans qui offre de beaucoup le plus grand nombre de cas.

En ce qui concerne le sexe, dans la première enfance, l'érythème noueux atteint aussi bien l'un que l'autre; mais dès la période scolaire, les garçons ne forment plus qu'un quart des malades, et à partir de l'âge mûr le sexe masculin n'y est presque plus représenté; il est loin d'en être ainsi pour l'érythème multiforme.

Au point de vue de la pathogénie, Schulthess attache une certaine influence à l'humidité des logements. J. B.

Érythème desquamatif récidivant et hydrargyrie, par ZYSMAN (*Thèse de Paris, 1894*).

L'hydrargyrie en tant qu'affection distincte n'existe pas. L'érythème desquamatif récidivant se présente surtout chez les individus qui présentent une idiosyncrasie spéciale pour une série d'agents toxidermiques, notamment le mercure, et après lui le chlorure d'or, la belladone, l'opium, l'arsenic, le chloral, les salicylates, l'antipyrine, la térébenthine, etc. Le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la blennorragie pourraient aussi le provoquer. Le mercure peut servir au diagnostic en décelant une prédisposition ignorée chez un individu. L'auteur rejette l'existence de l'hydrargyrie de cause interne à forme vésiculeuse, comme non suffisamment fondée : les faits décrits dans cette classe appartiennent à l'hydrargyrie de cause externe, à la dermite artificielle. F. BALZER.

De l'hyperkératose excentrique, par RESPIGHI (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXX, 1.*)

L'auteur rapporte l'observation d'un individu âgé de 66 ans présentant depuis l'âge de 26 ans une affection cutanée très rare qu'il observe pour la seconde fois. Cette affection est caractérisée par des saillies papuloïdes, miliaires, brunes d'aspect et de consistance cornée; par d'autres saillies discoïdes à centre corné, calleux, épais, dont les bords s'aplatissent vers la peau saine. Quelquefois ce centre est moins saillant, limité par un bord ou un liséré corné. L'aspect et la consistance de ces divers éléments sont ceux d'un tissu corné, de coloration normale, sans phénomènes congestifs ni inflammation, ni douloureux d'aucune sorte. Ils se trouvent surtout à l'extrémité des membres, notamment dans l'extension. Depuis quarante ans que cette affection existe, il n'y a pas de tendance à la résolution autre que l'aplatissement central d'un certain nombre d'éléments. Les saillies annulaires étendues sont dues évidemment à la confluence des petites. L'auteur distingue cette

forme de kératose des autres variétés, kératose palmaire, parakératose, etc. Insistant sur les caractères cliniques et anatomiques, sur le début et la localisation dans l'épiderme, sur l'extension périphérique des éléments avec résolution centrale, l'auteur croit pouvoir proposer pour cette affection le nom d'hyperkératose ou de kératodermie excentrique. F. BALZER.

Un cas d'acanthosis nigricans, par Malcolm MORRIS (*Med.-chir. Trans., LXXVII, p. 305*).

C'est la première fois qu'un cas de cette très rare maladie de peau est signalée en Angleterre. Le sujet était une femme de 35 ans.

A son entrée, la peau est bronzée, présente des taches noires et des saillies verruqueuses. Les muqueuses des lèvres, du palais, etc., sont pareillement atteintes. Les taches de la peau sont symétriques, affectent une prédilection marquée pour le sens de la flexion, et semblent formées par des granulations noires.

L'examen histologique a été fait par l'auteur. Les masses brunâtres étaient dues à l'hématoïdine provenant de minuscules hémorragies intra-épidermiques, et les particules noires étaient des corps étrangers, surtout du charbon. Les lamelles épidermiques offraient une pigmentation diffuse exagérée. H. R.

Sur un cas d'adénomes sébacés à forme scléreuse, par HALLOPEAU et LEREDDE (*Ann. de derm., n° 5, 1895*).

Br..., âgé de 38 ans, présente une affection cutanée qui remonterait à l'enfance et qui occupe principalement la face et aussi certains points du corps : aisselle droite, lombes, fesse droite. Il s'agit de nombreuses petites tumeurs dont l'analyse histologique rappelle les caractères assignés par Balzer et Menetrier aux adénomes sébacés, en ce qui concerne les petites tumeurs de la face. Au contraire, dans les autres régions, l'évolution fibreuse domine et les tumeurs ne sont pas susceptibles d'un autre diagnostic que celui de nævi. Les auteurs croient que cette maladie ne doit pas avoir toujours les mêmes apparences cliniques et microscopiques. Ses caractères essentiels sont : le début dans l'enfance, la symétrie des altérations faciales, leur forme lobulée dont l'aspect varie suivant que l'élément sébacé, fibreux ou vasculaire, prend la prédominance, et ils concluent à l'unité des affections comprises sous les noms d'adénomes sébacés, de nævi vasculaires verruqueux. F. BALZER.

Ueber Adenomata sebacea, par BARLOW (*Deut. Arch. f. klin. Med., LV, p. 61*).

L'adénome sébacé est caractérisé, pour Barlow, par l'existence d'un encapsulement net avec présence d'un stroma conjonctif plus ou moins bien exprimé. L'épithélium dégénéré y semble généralement proliférer sous forme de lobules séparés, cordons et tubes ; il semble de plus que presque toujours il survienne une dégénérescence hyaline, soit des vaisseaux seuls ou du tissu conjonctif, soit aussi de l'épithélium proliféré. Il en résulte que ces tumeurs ont aussi été désignées sous le nom de cylindrome ; désignation qui, en raison de la diversité des tumeurs qui en sont l'origine, devrait disparaître de la littérature. Barlow rapporte un cas où la nature adénomateuse de la tumeur était prouvée par les rapports des glandes malades avec des follicules pileux et par la constatation d'un canal excréteur. Quant au mode de développement et à l'avenir de ces tumeurs, l'auteur pense que l'adénome sébacé peut se produire sans que

la glande fût auparavant athéromateuse. Il est très vraisemblable que ces tumeurs peuvent se calcifier ou s'ossifier. Il semble qu'à l'occasion ces tumeurs peuvent subir la dégénérescence carcinomateuse. C. LUZET.

De l'acné kératique, par TENNESON et LEREDDE (*Ann. de dermat.*, *n° 4, 1895*).

L... âgé de 26 ans, cocher de fiacre, présente diverses lésions d'acné et notamment sur le dos des élevures cornées occupant les infundibula pilaires et donnant à la masse la sensation d'une râpe. Leur couleur est grisâtre ; elles rappellent un peu l'apparence de la kératose pilaire, mais s'en distinguent nettement par leur siège. L'examen histologique a montré que l'inflammation de la glande sébacée est le fait capital ; l'appareil pilo-sébacé forme un véritable cratère constitué par des lamelles irrégulièrement stratifiées, cornées, qui entourent le poil nécrosé. Les lobules sébacés sont envahis par les cellules migratrices et ne présentent plus les cellules sébacées normales. On peut soupçonner ainsi une anomalie de la kératinisation, le stratum granuleux est très mince, le stratum clair absent, les couches cornées dissociées. L'importance des lésions sébacées classe ce cas dans le groupe acné. F. BALZER.

Remarques sur le molluscum contagiosum et sur les coccidies oviformes, par Jackson CLARKE (*Centralbl. f. Bakt.*, *XVII*, *7 et 8. p. 245*).

Dans un cas de molluscum contagiosum, l'auteur a recueilli le contenu d'un certain nombre de papules après avoir aseptisé la peau. Ce contenu a été placé sur une lame de verre stérilisé, on y a versé dessus une goutte d'eau stérilisée, puis la lame posée sur du papier à filtre humide a été enfermée dans un vase de Petri à l'étuve entre 15 et 20° C. Malgré toutes ces précautions, au bout de 4 jours, on trouvait dans cette goutte d'eau une foule de bactéries. Cependant, on observa ceci de remarquable, qu'on y voyait des corpuscules flagellés très mobiles ayant les dimensions d'un globule rouge, avec un seul flagellum. Plusieurs des corpuscules du contenu du molluscum n'avaient pas de limite bien nette, d'autres avaient une mince enveloppe remplie de bactéries, d'autres encore avaient au centre une zone liquéfiée, dans laquelle se voyaient des points fortement réfringants, animés de mouvements d'oscillation, comme on en voit dans l'intérieur de plusieurs protozoaires vivants. Il est possible que les corpuscules du molluscum qui contenaient ces points mobiles soient des formes intermédiaires entre la forme normale et la forme flagellée.

L'auteur rapporte ensuite les aspects karyokinétiques des noyaux de coccidies oviformes étudiées dans des coupes de foies de lapins.

H. BOURGES.

Contribution à l'étude clinique et anatomique de la verrue plantaire, par DUBREUILH (*Ann. de derm., mai 1895*).

La verrue plantaire peut occuper divers points de la plante des pieds, mais son siège de prédilection est la tête des métatarsiens. Récente, c'est une saillie rougeâtre qui saigne facilement ; souvent elle a l'aspect d'un durillon dont le centre est moins dur que le contour qui forme une sorte d'anneau corné homogène et stratifié. Cette partie centrale est mollasse, saigne facilement par plusieurs points. Lorsqu'on la racle avec une curette, on ramène un tissu mou, mais pourtant tenace, qui se divise en

colonnes dirigées perpendiculairement de la surface vers la profondeur. Ce tissu occupe une sorte de cavité assez profonde et dont le fond est beaucoup plus large que l'entrée. Ce curetage constitue le meilleur mode de traitement de la verrue plantaire. L'auteur donne la description histologique de cette lésion dans laquelle domine surtout l'hypertrophie des papilles et de l'épiderme. Il insiste sur une altération vacuolaire des cellules qu'il a rencontrée dans certaines verrues de la main et qui, occupant la couche des cellules épineuses quelquefois jusqu'à la première rangée, prend quelquefois des proportions considérables. Ces cellules vacuolées existent aussi dans la couche granuleuse : leurs noyaux deviennent très volumineux et persistent en cet état jusque dans la couche cornée. Ces altérations cellulaires sont inégalement répétées à la surface des papilles. Elles semblent particulières à cette espèce de verrue. F. BALZER.

Sur un cas de mycosis fongoïde, par LEREDDE (*Annales de derm.*, *n° 3*, *1895*).

L'auteur fait remarquer dans l'examen histologique le grand nombre des mastzellen dans le mycosis en activité. Le mycosis reste une affection généralisée même lorsque le clinicien n'en observe plus les traces. L'examen histologique montre des lésions dans les points sains en apparence, et même après la disparition des symptômes éruptifs. F. BALZER.

Sur trois cas de mycosis fongoïde, par HALLOPEAU et SALMON (*Ann. de derm.*, *avril 1895*).

De l'étude de ces trois faits les auteurs concluent que les néoplasies mycosiques peuvent présenter les caractères de condylomes végétants agglomérés en bourrelets volumineux dont les sièges d'élection sont les régions axillaires et inguinales. Le mycosis généralisé peut s'accompagner d'un œdème persistant des extrémités. L'affaissement rapide des tumeurs mycosiques ne prouve pas que la maladie présente une moindre activité, car elle peut coïncider avec l'apparition de vastes néoplasies en nappe. Cette néoplasie peut envahir en peu de jours toute la région dorsale en présentant les caractères d'une plaque géante d'érythème marginé. L'érythrodermie myocosique peut s'accompagner d'éruptions bulleuses simulant la dermatite herpétiforme. F. BALZER.

Forme atténuée d'ichtyose sébacée ou ichtyose lamellaire, par CARINI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXX*, *1*).

Il s'agit d'un enfant de 2 ans et 4 mois atteint d'une dermatose datant de la première enfance, avec exfoliation lamelleuse à la tête, à l'abdomen, aux flancs et aux lombes. Les squames sont larges, longues, minces, onctueuses; le microscope montre qu'elles sont formées de cellules cornées, sans noyau, sans matière grasse. L'auteur considère ce cas comme une forme atténuée d'ichtyose sébacée ou dermatite séborrhéique, qu'il rapproche d'un cas décrit par Grass et Torök sous le nom d'exfoliation laminaire de la peau des nouveau-nés. F. BALZER.

Ablation des tatouages par les piqûres serrées au chlorure de zinc; application de la méthode à la guérison des nævi, par BRAULT (*Soc. française de dermat., janvier 1895*).

La méthode consiste à faire au moyen d'aiguilles un véritable tatouage au chlorure de zinc (30 gr. pour eau 40 gr.). Au moment de l'opération les piqûres apparaissent entourées de blanc; les jours suivants le tatouage paraît plus foncé, une escarre superficielle se forme et tombe du 5e au 10e jour. Même mode d'application pour les nævi pigmentaires. Lorsque les applications sont bien faites les cicatrices sont insignifiantes.

F. BALZER.

I. — Zur Pathologie und Therapie der Pityriasis versicolor, par G. BEHREND (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p. 1012, 19 novembre 1894.*)

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibid.*).

I. — Behrend insiste sur ce que le plus souvent le pityriasis versicolor récidive parce qu'il n'a été qu'imparfaitement guéri. Il en donne les raisons suivantes : 1° l'opinion complètement fausse que l'affection ne se développe jamais sur les régions du corps visibles, telles que les mains et le visage qui, n'étant pas traitées, sont des centres d'où repart le mal; 2° l'idée tout aussi erronée que la guérison peut être obtenue par la simple application d'agents parasiticides. Les lotions et onctions avec le sublimé, le soufre, le naphtol, etc., se bornent à éclaircir les taches; mais pour les détruire, il faut faire éliminer tous les tissus envahis par le champignon; 3° les conditions biologiques toutes spéciales du microsporon, relativement à celles du trichophyton et du favus. Tandis que ces derniers ne pullulent que sur les tissus riches en suc, le microsporon ne prend racine que sur la couche cornée et sèche. Tandis que les champignons des deux teignes succombent après avoir épuisé le terrain et gagnent la périphérie, alors le microsporon n'épuise jamais le terrain et s'étend périphériquement sans avoir disparu des parties les premières envahies. Tandis qu'enfin le trichophyton, lorsqu'il a envahi le follicule, meurt spontanément une fois le terrain épuisé, au contraire le microsporon demeure vivant dans les revêtements cornés des follicules, tant qu'on ne l'en a pas enlevé. Le savon mou est lui-même impuissant, car, n'amenant que l'exfoliation des bandes épidermiques inter-folliculaires, on voit le plus souvent le pityriasis reparaître au niveau des orifices des follicules.

Il y a trois topiques aptes à procurer la guérison radicale : ce sont la teinture d'iode, la chrysarobine et l'acide pyrogallique. La teinture d'iode a parfois l'inconvénient d'entraîner des pigmentations persistantes. L'acide pyrogallique est moins actif que la chrysarobine qui peut amener une guérison parfaite au bout de cinq ou six applications quotidiennes. La chrysarobine a de plus l'avantage de foncer les taches qui en raison de leur pâleur auraient échappé au traitement.

II. — *G. Lewin* confirme l'efficacité de l'acide chrysophanique. Dans la variété rouge, le champignon siège plus profondément dans l'épiderme que dans la variété café au lait; il s'enfonce jusque dans la couche granuleuse et les cellules épineuses, et semble irriter les papilles vasculaires.

En ce qui touche la relation de dépendance du pityriasis versicolor avec les affections stomacales, affirmée par certains auteurs français (*R. S. M.*, XL, 233), Lewin déclare n'avoir jamais rien remarqué de semblable.

Lassar est d'avis que les deux variétés de couleur de pityriasis versicolor constituent, malgré l'identité des constatations microscopiques, des variétés réellement indépendantes, car on n'observe pas de formes intermédiaires, et l'espèce rouge est beaucoup plus prurigineuse. Comme traitement, il préconise l'emploi d'un mélange d'alcool et d'essence de térébenthine; ces badigeonnages sont répétés deux fois par semaine, et on saupoudre ensuite les téguments afin d'éviter un eczéma.

Relativement aux rapports nosologiques qu'on a voulu établir entre le pityriasis versicolor et les affections les plus diverses. Lassar rappelle qu'à une époque on rattachait cette dermatomycose à la tuberculose, et qu'aujourd'hui on a l'explication fort naturelle de cette coïncidence fréquente, parce qu'on sait que les tuberculeux et autres individus prédisposés aux refroidissements se couvrent volontiers le corps de laine, circonstance favorable à la pullulation du champignon.

Behrend réplique que le mélange d'alcool et de térébenthine est tout aussi incapable que le pétrole et nombre d'autres substances qu'il n'a pas mentionnées de guérir radicalement le pityriasis versicolor, pour les motifs qu'il a donnés (*R. S. M.*, VIII, 656; XXI, 629; XXVIII, 313; XXXI, 167). J. B.

Ueber Pemphigus vegetans....., par KÖBNER (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LIII, p. 61, 1894*).

Köbner établit comme suit le diagnostic de cette dermatose, dans certains cas, avec la syphilis, et principalement les plaques muqueuses cutanées et muqueuses : 1° rapidité de leur développement aux dépens de vésicules, qui sont quelquefois si passagères qu'elles peuvent échapper aux meilleurs observateurs; 2° la démangeaison vive qui les accompagne; 3° leur périphérie est entourée de vésicules ou bien des débris épidermiques qui en proviennent; 4° leur surface est souvent excoriée ou même superficiellement nécrosée à l'inverse des plaques muqueuses dont l'enduit est uniforme; 5° la marche du pemphigus végétant est progressive, tandis que la seule propreté peut produire l'involution spontanée des plaques muqueuses; 6° enfin, l'action du mercure et des iodures a sur lui une action extrêmement nocive. Comme traitement, l'auteur préfère la thermocaustique large, sous le chloroforme, et localement le trichlorure d'iode. C. LUZET.

Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän (Gangrènes multiples de la peau), par STUBENRAUCH. (*Münch. med. Woch., n° 13, p. 285, 1895*).

Fille de 20 ans, hystérique, chez qui, à la suite de blessures de l'avant-bras et du sein gauche, il survient aux mêmes endroits et à la joue gauche des éruptions de vésicules, avec douleurs violentes, sans fièvre. La vésicule une fois remplie, son fond change, devient jaune rouge, pur rouge, sans hémorragie dans la cloche. Les vésicules se crèvent alors et sèchent rapidement; le fond devient brun, puis noir. A chaque attaque il se fait une croûte qui tombe

en 6 à 10 jours, après qu'il s'est formé une ligne de démarcation. La guérison se fait avec cicatrice permanente. C. LUZET.

Ulcère phagédénique du Tonkin, par BOINET (*Marseille médical*, nos 5 à 11, 1894).

L'ulcère phagédénique du Tonkin appartient au même groupe morbide que les ulcères phagédéniques des pays chauds (Guyane, Madagascar, Congo, Gabon, etc.). Il siège de préférence aux orteils, au dos du pied, aux malléoles, aux jambes, mais il peut siéger aux cuisses, aux membres supérieurs, sur le tronc, etc. Dans la moitié des cas il succède à de légères solutions de continuité traumatiques, à des excoriations; mais il peut aussi être consécutif aux abcès, aux ulcérations syphilitiques, à des affections de la peau (gale, furoncles, herpès, etc.).

La forme légère débute par une papule et une pustule rouges et douloureuses qui, excoriées, laissent s'écouler un liquide séreux, puis une sanie purulente de couleur chocolat. Il se produit une plaie à bords tuméfiés, s'étendant par gangrène moléculaire, dont le fond est couvert d'un magma grisâtre. Puis la douleur diminue (période d'ulcération tonique); la plaie s'étend toujours en sécrétant un liquide analogue à une solution de gomme arabique concentrée. Enfin survient tardivement la période de réparation souvent arrêtée par une reprise du phagédénisme.

La forme grave succède généralement à une plaie qui se tuméfie et devient douloureuse. Le début est marqué par de la fièvre. Elle est caractérisée par des poussées gangreneuses aiguës; il se fait alors une eschare molle, entourée d'œdème et accompagnée de tuméfaction ganglionnaire. L'ulcère peut gagner en profondeur, exfolier les tendons, ouvrir les articulations, dénuder les os et provoquer de l'ostéite. Les phases d'ulcération atonique et de réparation sont plus tardives que dans la forme légère.

La forme grave surtout est contagieuse et inoculable. On trouve alors dans la sérosité et le putrilage des bacilles allongés bien plus abondants que dans l'autre forme.

Le traitement consiste en pulvérisations antiseptiques, cautérisations, etc.

Le phagédénisme résulte de l'action d'un bacille allongé que l'on rencontre dans les eaux du Tonkin et qui s'inocule dans les solutions de continuité de la peau. Son développement est favorisé par un mauvais état général (anémie, glycosurie, albuminurie, cachexie palustre, dysenterie, etc.).

Le bacille de l'ulcère phagédénique est associé à des cocci, dont les uns peuvent être considérés comme une phase d'évolution du bacille, et les autres sont des microbes de la suppuration. Ces derniers seuls peuvent être retrouvés dans le sang. LEFLAIVE.

Du diagnostic bactériologique précoce de la lèpre, par MARCANO et WURTZ (*Archives de méd. exp.*, VII, 1).

La lèpre peut débuter par un tache isolée n'ayant aucun caractère spécifique, à l'exception de l'anesthésie qui existe à son niveau et autour d'elle. C'est dans ces cas qu'il importe de faire, d'une façon précoce, le diagnostic bactériologique de l'affection. Ce diagnostic, que l'anesthésie fait déjà pressentir, devra être fait à l'aide de l'examen biopsique.

La constatation du bacille de la lèpre comporte, dans ces cas, une indication thérapeutique importante : l'ablation de la tache initiale et des parties anesthésiées avoisinantes. Cette ablation devra être pratiquée le plus tôt possible. L'incision devra porter largement au dehors de la zone anesthésique. Il est permis d'espérer qu'on pourra ainsi enrayer, peut-être d'une façon définitive, la marche de la maladie. GIRODE.

Expériences sur la toxicité des urines des lépreux tuberculeux, par CHATINIÈRE (*Ann. de derm., n° 3, 1895*).

L'auteur s'est servi pour ses expériences de l'urine de deux malades atteints de lèpre tuberculeuse. Les résultats sont en contradiction avec ceux qui ont été publiés par Fisichella. Il conclut, en effet, que les urines des lépreux sont beaucoup moins toxiques que les urines normales; elles l'ont été quatre fois moins dans ses expériences. F. BALZER.

Le bacille de Hansen dans le sang des lépreux, par FISICHELLA (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXX, 1*).

Le bacille de Hansen ne se trouve dans le sang que lorsqu'on recueille celui-ci au niveau des tubercules lépreux; il est absent si le sang est recueilli à distance même dans les cas où le malade est soumis aux injections de tuberculine de Koch. Injectés dans le sang des lapins les bacilles disparaissent en huit ou dix heures. F. BALZER.

De l'anesthésie locale en dermatologie, par DUBREUILH (*Annales de derm., n° 4 1895*).

Le meilleur procédé pour obtenir l'anesthésie locale est l'injection de cocaïne en solution à 2 0/0. L'injection doit être superficielle, intradermique. L'auteur recommande pour bien faire ces injections l'emploi d'aiguilles en acier légèrement coudées, qui permettent de faire avec plus de facilité l'injection dans le derme. La dose maximum est de 6 centigrammes, la dose moyenne de 4 centigrammes pour obtenir une anesthésie suffisante. F. BALZEN.

Die Syphilis in Kopenhagen, par EHLERS (*Hospitalstid., 1894, et Hyg. Rundsch. V, n° 4, p. 184, 15 février 1895*).

Ehlers a dressé la statistique des cas de syphilis traités à Copenhague depuis 1864, où ils formaient alors 3,1 0/00 de la population. Jusqu'à 1869, le chiffre s'en éleva progressivement à 6 0/00; puis il descendit assez régulièrement jusqu'en 1878 où il atteignit 3,2 0/00; dès lors il se releva jusqu'en 1886 à 7,3 0/00; enfin, il est retombé de nouveau graduellement jusqu'en 1892 où il n'était plus que de 2,7 0/00. Durant tout ce laps de temps, cependant, la surveillance de la prostitution avait été exercée avec la même vigilance. Ehlers en conclut que quand on demande à la statistique des preuves pour ou contre l'efficacité de la surveillance de la prostitution, il ne faut pas perdre de vue les oscillations si marquées que la fréquence de la syphilis présente naturellement à travers les années. J. B.

Ein Fall von Hämatoma durae matris of lütischer Basis, par HAHN (*Deutsche med. Woch.*, *6*, *p. 91*, *1895*).

Il s'agit d'un homme de 36 ans; l'accident initial avait eu lieu à l'âge de 12 ans; il meurt à la suite d'accidents cérébraux et l'on trouve, à l'autopsie, un épanchement sanguin abondant couvrant tout l'hémisphère gauche et placé entre la pie-mère et la dure-mère. La pie-mère présente les signes de la lepto-méningite chronique caractéristique de la syphilis. H. DE BRINON.

Étude clinique sur la neurasthénie d'origine syphilitique, par MERLIER (*Thèse de Paris*, *1895*).

La neurasthénie d'origine syphilitique peut s'observer à toutes les périodes de la vérole. Un premier type est la céphalée neurasthénique; un deuxième rappelle par la multiplicité et la diversité de ses symptômes la neurasthénie ordinaire; le troisième type, le plus commun, est fruste. Cette neurasthénie, qui d'ordinaire n'est pas grave, peut succéder au choc moral du début. Elle dépend aussi de l'infection syphilitique, qui agit en dehors de toute prédisposition et à la façon d'une maladie infectieuse; quelquefois elle dépend d'un traitement intensif mal dirigé. Le plus souvent elle ne demande pas d'autre traitement que celui de la neurasthésie commune. F. BALZER.

La notion étiologique de l'hérédo-syphilis dans la maladie de Little, par A. FOURNIER et GILLES DE LA TOURETTE (*Nouv. icon. de la Salpêtrière*, *1 et 2*, *23*).

F. et G. relatent 2 cas de tabes congénital spasmodique (maladie de Little) dans l'étiologie desquels l'hérédo-syphilis peut être incriminée. Les 2 enfants étaient issus de pères syphilitiques; les mères semblaient être restées indemnes. Dans les 2 cas le traitement spécifique a toujours produit une amélioration notable, une détente certaine dans la raideur des membres. « Ces faits, disent les auteurs, nous permettent d'établir que la syphilis ne doit pas toujours être innocentée dans la production du syndrome de Little, et comme tous les procédés thérapeutiques ont échoué jusqu'à ce jour contre cette affection, nous pensons qu'il y aura tout intérêt dans l'avenir d'user du traitement spécifique avec moins de modération et plus de conviction qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. » G. LYON.

Rétrécissement syphilitique des bronches, par OESTREICH, GOLDSCHEIDER, LEYDEN et GERHARDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 44*, *p. 1008*, *29 octobre 1894*).

Femme de 47 ans, crue phtisique jusqu'à l'examen bactérioscopique négatif de son expectoration. Voix claire; larynx intact. Mouvements respiratoires paresseux du côté gauche. Une semaine avant la mort, ralentissement considérable de la respiration (12 inspirations par minute) et accès de dyspnée, surtout la nuit. Le poumon gauche offrait, suivant les régions, de la matité ou une sonorité tympanique.

Autopsie : La bronche gauche, à son départ de la trachée, était rétrécie au point d'admettre à peine la branche de ciseaux fins. Ce rétrécissement était dû à une cicatrice rayonnée qui se prolongeait à travers la bifurcation de la trachée jusque dans la portion initiale de la bronche droite; la trachée et la bronche droite n'étaient que faiblement rétrécies. Dilatation cylindrique et sacciforme des bronches intrapulmonaires, principalement des gauches; ces conduits étaient remplis d'un muco-pus épais. Petits noyaux de pneumonie

dans le lobe inférieur gauche; pleurésie sérofibrineuse récente du même côté. Ganglions de la bifurcation trachéale petits et mous. Pas d'autres lésions viscérales. Atrophie du diaphragme, surtout dans sa moitié gauche. Trichinose de nombreux muscles du squelette.

Gerhardt indique les moyens suivants pour reconnaître si le rétrécissement occupe le larynx ou au contraire la trachée. Dans le 1er cas, la tête est renversée en arrière afin de dilater le plus possible le larynx; au contraire, le menton est rapproché de la poitrine pour détendre la trachée rétrécie. Les doigts appliqués au niveau de l'échancrure sternale perçoivent dans le rétrécissement du larynx un bruit strident double ou plus fort à l'inspiration, et un frémissement expiratoire dans le rétrécissement trachéal. J. B.

Note sur un cas de syphilis du cœur; pouls lent permanent, par RENDU (*Société méd. des hôp., 4 mai 1895*).

Un homme de 43 ans entre à l'hôpital avec tous les signes d'une affection cardiaque, en pleine période d'asystolie, cyanose, œdème des jambes, oligurie, cœur très gros, arythmie avec pouls lent (36 à 40 p.); on entend au cœur un souffle systolique, dont le maximum est au-dessus de la pointe, rude, râpeux, accompagné d'un piaulement musical au bord gauche du sternum. Au bout de deux jours de traitement par la digitale, l'arythmie disparaît, le pouls est à 30; on donne alors de la caféine, puis l'éther, et le pouls ne s'élève pas au-dessus de 38 p.; les bruits et contractions du cœur faiblissent peu à peu, et le malade meurt subitement au bout de 3 semaines.

A l'autopsie on trouve le cœur gros; le ventricule gauche surtout est énorme; on y voit une large plaque rosée, cartilagineuse, étendue depuis l'insertion des valvules sigmoïdes jusqu'à l'insertion des muscles papillaires antérieurs, englobant la grande valve de la mitrale et la cloison interventriculaire. A la partie supérieure et antérieure du ventricule gauche on voit une forte saillie au niveau de l'orifice mitral; une section montre une tumeur ovoïde, plus grosse qu'un œuf de pigeon, à centre jaunâtre caséeux, à périphérie fibreuse entourée d'une zone vasculaire; les fibres musculaires sont pâles; la tumeur a tout l'aspect d'une gomme au stade de régression. Le rein était granuleux, les autres organes ne présentaient rien de particulier. H. L.

Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, par JACQUINET (*Thèse de Paris, 1895*).

La syphilis précipite la marche de la tuberculose pulmonaire. C'est surtout au moment de la période secondaire que cette action aggravante de la syphilis se manifeste le plus. La syphilis joue un double rôle à l'égard du bacille tuberculeux; elle affaiblit l'état général et modifie le terrain sur lequel doit évoluer le bacille de Koch; les lésions qu'elle provoque du côté des muqueuses des voies aériennes peuvent être des portes d'entrée pour le bacille; les pleurésies de la période secondaire de la syphilis surviennent chez des individus qui sont de support syphilitique et de nature bacillaire. Le diagnostic entre la syphilis pulmonaire et la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques ne peut se faire que par la présence ou l'absence des bacilles dans l'expectoration. L'auteur admet que le traitement antisyphilitique a une influence déplorable sur la tuberculose pulmonaire, en sorte que le malade est menacé, s'il veut conjurer la syphilis, d'aggraver la tuberculose. F. BALZER.

Ueber Aortenerkrankung bei Syphilitischen..... (Affections de l'aorte chez les syphilitiques et leurs rapports avec la formation des anévrismes), par DÖHLE (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LV*, *p. 190*).

L'inflammation syphilitique de l'aorte se manifeste macroscopiquement par des enfoncements en cicatrices rayonnées et par des enfoncements sous forme de fossettes de la surface interne. En plus il peut exister une prolifération de la tunique interne (endartérite chronique). Les enfoncements sont causés par des inflammations diffuses et gommeuses des tuniques moyenne et adventice, qui produisent ici du tissu conjonctif cicatriciel. Ces inflammations de la tunique moyenne rendent possible la formation d'anévrismes, comme le prouvent les cas rapportés par l'auteur où il existe des anévrismes plus ou moins prononcés. C. LUZET.

Icterus syphiliticus präcox, par O. LASCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 40*, *p. 906*, *1er octobre 1894*).

Lasch publie 3 observations d'ictère survenu à une période précoce de la syphilis.

Il y joint, dans un tableau synoptique, 46 autres cas semblables, empruntés pour la majeure partie à des auteurs français. En s'appuyant sur tous ces faits, il établit ainsi les caractères qui différencient l'ictère catarrhal simple de l'ictère syphilitique.

L'ictère syphilitique apparaît généralement d'une façon brusque, sans avoir été précédé des troubles digestifs qui préludent à l'ictère catarrhal. Souvent même ces troubles manquent pendant toute la durée de l'ictère syphilitique et les malades conservent intacts leur appétit et leur digestion ; on note toutefois, comme dans l'ictère catarrhal, de la répulsion pour les aliments gras.

Un deuxième caractère est l'absence de tout facteur étiologique autre que la syphilis.

L'évolution et la durée de l'ictère syphilitique n'offrent rien de spécial; en revanche, l'impuissance du traitement anticatarrhal et l'efficacité d'une médication antisyphilitique, sont un autre trait notable de l'affection.

Un dernier point important pour le diagnostic, c'est l'apparition de l'ictère en même temps que celle de la première éruption syphilitique.

L'ictère syphilitique précoce s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme. J. B.

État de la rate dans la syphilis acquise, par COLOMBINI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *XXX*, *1*).

L'auteur a examiné 80 syphilitiques, et il conclut que la tuméfaction de la rate doit être envisagée comme l'un des premiers accidents de la période secondaire, marchant de pair avec l'adénopathie. La constatation de cette dernière et de la mégalosplénie permet d'affirmer le diagnostic de la syphilis avant l'apparition des syphilides cutanées ou muqueuses. L'hypertrophie de la rate aurait pour l'auteur une grande valeur au point de vue du pronostic et du traitement, et celui-ci ne devrait pas être cessé tant que la rate n'a pas récupéré son volume normal. Elle reste grosse généralement pendant toute la première année en tendant à une diminution lente. Les tertiaires n'ont pas de mégalosplénie. F. BALZER.

Résultats des divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum, par LACHOWSKI (*Thèse de Paris, 1895*).

Ce travail renferme d'intéressantes observations du service de Terrier et Hartmann. En suivant les opérés on constate que l'extirpation n'est pas le plus souvent suivie d'une guérison radicale ; il y a une suppuration persistante due à la grande extension de la rectite. Pour le rétrécissement ano-rectal l'ablation directe avec conservation du sphincter est le procédé de choix ; pour les rétrécissements du rectum, c'est l'ablation par les voies naturelles après dilatation de l'anus (Hartmann). Lorsque ce procédé est impossible on doit recourir aux diverses modifications de l'opération de Kraske ou encore à la voie ischio-rectale qui n'a jamais été employée pour ces rétrécissements, mais que Hartmann a utilisée avec succès pour l'épithélioma. Lorsque par suite de suppuration péri-rectale l'extirpation est impossible, c'est à la rectotomie postérieure avec débridement des trajets que l'on doit recourir. La colotomie iliaque convient dans les cas très étendus en hauteur. La dilatation par les bougies convient lorsque, après l'opération, le rétrécissement a de la tendance à se reproduire. F. BALZER.

I. — Pathologie der Mastdarmsyphilis, par SCHUCHARDT (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 937, 8 octobre 1894*).

II. — Discussion de la Réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibidem, p. 938*).

I. — Schuchardt est partisan de la nature syphilitique des rétrécissements du rectum consécutifs à des ulcérations. Schuchardt a trouvé dans la moitié des cas des lésions anatomopathologiques de syphilis : atrophie des follicules clos à la base de la langue, cicatrices des tibias ou de la peau, gommes hépatiques. Schuchardt rapporte 3 observations dans lesquelles il a pu suivre l'évolution du mal dès son début ; l'une d'elles a déjà été publiée (*R. S. M.*, XXXVI, p. 215). Dans ces 3 cas, il a constaté sous le microscope des gommes miliaires irrégulièrement disséminées dans toutes les couches des parois intestinales, jusqu'à la tunique musculeuse ; elles forment à la limite des ulcérations sur la surface de la muqueuse, des saillies veloutées, d'un bleu noir, que Schuchardt considère comme pathognomoniques du premier stade de la syphilis gommeuse du rectum.

Quant au pronostic, Schuchardt le juge désolant lorsqu'il n'est plus possible d'extirper toute la portion du rectum envahie, c'est-à-dire quand on ne peut pas atteindre avec le doigt la limite supérieure des ulcérations. Il a vu plusieurs péritonites mortelles suivre la dilatation violente du rétrécissement. D'autre part, le traitement local des ulcères (grattages, cautérisations, etc.) ne lui a jamais donné le moindre résultat ; aussi, dans les cas inopérables, se borne-t-il à pratiquer un anus artificiel.

II. — *Hahn* est d'avis qu'à côté des rétrécissements syphilitiques, il en est d'autre dus à la blennorragie ou à la chancrelle ; il fonde son opinion principalement sur ce que les rétrécissements du rectum sont cent fois plus fréquents chez les femmes.

Kœrte croit aussi que les rétrécissements du rectum sont assez souvent de nature blennorragique. Dans un cas d'extirpation de la partie inférieure

du rectum, il a vu le rétrécissement récidiver. Pour dilater l'intestin, il a renoncé aux bougies et emploie un instrument de Credé analogue au dilatateur utérin de Hegar.

Lindner est également partisan de la dilatation. Après avoir entaillé le rétrécissement, il le rompt à l'aide du spéculum et cautérise au crayon. Mais dans ces derniers temps, en procédant ainsi, il a perdu une malade de péritonite par perforation.

Schlange a extirpé à une femme 25 centimètres de rectum ; la suture commençait à 5 centimètres de l'anus. Deux ans plus tard, il s'était reformé dans la partie supérieure, un rétrécissement et des ulcérations.

Langenbuch a revu l'an dernier une femme de la campagne chez laquelle, vu l'étendue en haut des ulcérations, il ne put pratiquer, il y a une dizaine d'années, qu'un anus contre nature : celui-ci s'est peu à peu réduit à une fistulette et l'opérée a des garde-robes, un peu pénibles il est vrai, par la voie normale; mais son état de santé est parfait. (Voy. p. 250.)

J. B.

Modifications à apporter au traitement général de la syphilis; injections mercurielles intra-veineuses, par ABADIE (*Soc. franç. de dermat., avril 1895*).

L'auteur est partisan du traitement de la syphilis par les injections mercurielles. Il fait justement observer que les injections guérissent des accidents rebelles aux autres procédés de mercurisation et qu'il serait logique de les employer dès la première période de la syphilis. Il emploie depuis quelque temps avec grand succès les injections intra-veineuses de cyanure ou de bichlorure d'hydrargyre à 1 0/0. Il se sert d'une seringue entièrement en verre de chez Luer et injecte à la fois 0,01 de cyanure de mercure, tous les deux jours, pendant vingt jours. Le traitement est ensuite cessé pendant quinze jours, puis repris de la même manière autant que cela est nécessaire. F. BALZER.

I. — Ueber den relativen Werth meiner subcutanen Sublimatinjectionscur zu anderen Quecksilbercuren, par G. LEWIN (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 245, n° 13, p. 281, et n° 14, p. 299, 25 mars, 1er et 8 avril 1895*).

II. — Ueber Todesfälle nach Quecksilberbehandlung, par G. LEWIN, et discussion de la Société de médecine interne (*Ibidem, n° 3, p, 64, et n° 5, p. 108, 21 janvier et 4 février 1895*).

III. — Ueber intravenöse Sublimatinjectionen bei Syphilis, par A. BLASCHKO (*Ibidem, n° 45, p. 1019, 5 novembre 1894*).

I. — Depuis plus de 30 ans, Lewin traite les syphilitiques par les injections sous-cutanées de sublimé et il est toujours revenu à ce mode d'administration du mercure, après avoir essayé comparativement, au fur et à mesure de leur apparition, les diverses autres méthodes ou préparations. Il injecte quotidiennement 12 milligrammes de sublimé (2 grammes d'une solution de 0,6 dans 100 grammes d'eau distillée). Lewin revendique pour sa méthode les avantages suivants. On n'a pas à redouter une intoxication grave et inopinée comme avec une préparation mercurielle insoluble ou des frictions hydrargyriques; on peut interrompre le traitement autant de fois qu'on y est obligé, sans que les effets fâcheux s'en

continuent bon gré mal gré; on peut, en cas d'accidents pressants, doubler ou tripler le nombre des injections quotidiennes en étant sûr de leur prompte action. Le chiffre des récidives est d'environ 45 0/0, tandis qu'il est le double par la méthode des frictions; quant aux injections de sels insolubles, il n'existe pas encore de statistique d'ensemble sur leurs résultats lointains. Enfin les injections sous-cutanées de sublimé n'ont jamais occasionné d'intoxications mortelles.

II. — Blaschko sur 600 injections de salicylate de mercure n'a constaté que 5 fois de légères traces d'albumine dans l'urine. D'une façon générale, on donne trop peu de mercure aux syphilitiques, spécialement à ceux ayant des manifestations viscérales. L'injection d'un sel insoluble provoque d'abord de la fièvre qui semble avoir un effet favorable.

Pour Gerhardt, l'action essentielle des frictions tient aux vapeurs mercurielles qui sont inhalées, lors même, comme le veut Welander, qu'on se borne à étaler la pommade. Gerhardt a guéri des manifestations secondaires chez un syphilitique en se contentant de suspendre dans la chambre voisine un linge imprégné de mercure.

G. Lewin réplique que l'albuminurie ne s'observe qu'à la suite d'injections de sels insolubles, mais jamais après les injections sous-cutanées de sublimé qu'il a pratiquées même chez des néphritiques.

III. — A l'exemple de Baccelli (*R. S. M.*, XLV, 200, et XLIII, 613), Blaschko a essayé chez les syphilitiques les injections intraveineuses de sublimé, en se servant d'une solution plus concentrée (3 ou 6 décigrammes dans 100 d'eau distillée, additionnés d'un peu de chlorure de sodium). Une heure après l'injection, l'urine élimine déjà du mercure et en renferme le plus au bout de 3 à 6 heures. Blaschko juge ainsi les avantages et inconvénients de la méthode : Elle est indolore; elle n'exige que des quantités très faibles de mercure qu'on peut doser exactement; tout le mercure introduit est réellement résorbé; enfin on n'a pas à craindre d'accidents d'hydrargyrisme. En face de ces avantages indéniables, la méthode de Baccelli présente aussi certains inconvénients. Elle n'est praticable qu'à l'hôpital; la technique en est si délicate que bien souvent on est forcé d'y renoncer avant la fin de la cure; son champ d'applications est limité aux malades dont le réseau veineux sous-cutané est visible par transparence. Donc, on ne peut y recourir chez les obèses. Bien plus, il n'est pas rare qu'après quelques injections, les veines superficielles deviennent invisibles, parce qu'elles se sont affaissées, obstruées par un thrombus; il faut alors s'adresser aux veines des membres inférieurs, moins faciles à apercevoir. Pour l'énergie et la persistance des effets, les injections intraveineuses sont plutôt inférieures aux frictions et aux injections de préparations insolubles; en tout cas, leur action n'est pas plus prompte. Mais elles constituent sans conteste un procédé doux de cure qui est indiqué quand on veut éviter les doses massives de mercure, par exemple, chez les phtisiques, les individus affaiblis ou nerveux ainsi que chez ceux prédisposés à l'hydrargyrisme.

Blaschko est d'ailleurs d'avis que la méthode de Baccelli a une importance théorique encore plus grande; elle prouve qu'il suffit de doses minimes de mercure pour faire disparaître les manifestations syphilitiques et semble montrer que, dans les autres méthodes, une faible partie seulement du mercure introduit est résorbé et agit, partant qu'on s'y livre à une colossale dissipation du médicament.

La méthode de Baccelli présente un autre intérêt; avec les injections intraveineuses de quinine contre la fièvre intermittente, dues au même auteur, mais qui n'ont guère trouvé d'imitateurs, elle inaugure l'ère de la médication

intraveineuse qui mérite d'être appliquée à d'autres médicaments, en particulier à l'arsenic, souvent mal toléré par l'estomac et si douloureux en injections hypodermiques. J. B.

Essais de sérothérapie dans la syphilis, par A. GILBERT et L. FOURNIER (*Semaine méd., 27 avril 1895*).

Les auteurs ont d'abord essayé l'injection de sérum d'un ancien syphilitique ; ce sérum injecté chez un malade en pleine période secondaire, à la dose de 304 centimètres cubes en 20 jours, amena la disparition de la céphalée, de l'anémie, des douleurs osseuses, et diminua l'éruption.

Ils tentèrent alors l'immunisation chez les animaux en injectant, dans le tissu sous-cutané, du sang de syphilitiques, en insérant des chancres sous la peau, ou les deux simultanément. Avec ces trois séries de sérums ils ont traité 17 malades ; 7 subissaient en même temps le traitement ordinaire ou l'avaient subi ; les résultats sont dans ce cas difficiles à déterminer ; cependant 2 malades semblent avoir dû à ces injections une amélioration notable.

Dans la catégorie des malades n'ayant pas subi de traitement ou l'ayant subi très longtemps avant (10 cas), les uns n'ont retiré aucun bénéfice, les autres ont été plus ou moins améliorés. Chez 3 entre autres, la roséole disparut avec une grande rapidité ; les plaques muqueuses s'effacèrent. Il n'y a pas lieu, malgré ces résultats, à conclure encore à une efficacité sans conteste de la sérothérapie. A. CARTAZ.

Contribution à l'étude des manifestations à distance de l'infection blennorragique, par PITRUZZELLA (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXX, 1*).

Il s'agit d'un cas de blennorragie intense chez une femme de 22 ans, avec urétrite, cystite, vulvo-vaginite, métrite, rectite. Cette affection se complique bientôt d'un érythème étendu, d'une endocardite avec accidents pulmonaires. L'érythème s'accompagne plus tard de purpura et en même temps d'hématurie, d'expectoration sanguinolente ; la malade finit par succomber avec de violentes douleurs dans l'abdomen et des hémoptysies abondantes. L'autopsie montra une endocardite verruqueuse de la mitrale ancienne avec lésions de date récente, des infarctus pulmonaires, et les lésions de la blennorragie du côté des organes génito-urinaires. Pendant la vie, l'examen des sécrétions avait démontré la présence du gonocoque. L'examen microscopique des lésions cutanées y montra la présence d'un streptocoque. Aussi l'auteur admet que l'infection blennorragique généralisée constatée chez la malade était de nature mixte, à la fois gonococcique et streptococcique. F. BALZER.

Two cases of gonorrheal rheumatism with specific bacterial organisms in the blood, par HEWES (*Boston med. and surg. Journal, 22 novembre 1894*).

Chez 9 individus atteints de rhumatisme blennorragique polyarticulaire, H. fit l'examen bactériologique du sang, soit sur un milieu de culture spécial composé par Wright, assistant de pathologie à la Harvard medical School, soit sur le milieu acide de gélatine de Trurro. Deux cas donnèrent des résultats positifs : chez ces deux malades, très gravement atteints et présentant la symptomatologie d'une infection généralisée, on trouva dans les cultures du sang de menues colonies de couleur blan-

châtre ou jaunâtre composées de diplococci en forme de biscuits ressemblant au gonocoque de Neisser morphologiquement et dans leur manière d'être vis-à-vis des réactifs colorants. Ces colonies transférées sur du sérum sanguin, de l'agar-agar et de la gélatine restèrent stériles. Il en fut de même pour les cultures faites directement du sang sur ces milieux classiques de cultures. CART.

Contributo alla interpretazione..... (Contribution à l'interprétation de la pathogénie des synovites articulaires blennorragiques), par RESPIGHI et BURCI (*Lo Sperimentale, sezione clinica, p, 426, 1894*).

Le rapport du gonocoque avec les synovites qui présentent les caractères cliniques des arthrites blennorragiques est indubitable. On en peut démontrer la présence par les préparations et les cultures. Le gonocoque est localisé à la superficie des synoviales et tend à disparaître par involution avec assez de rapidité; mais le processus continue par l'évolution des altérations pathologiques provoquées à la superficie de la séreuse et les produits de sa destruction peuvent continuer à agir. L'absence du gonocoque, souvent notée, peut s'expliquer ou par le temps auquel les recherches ont été faites, ou parce qu'elles ont été limitées au seul exdudat libre. C. LUZET.

Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme blennorragique par les bains térébenthinés, par BALZER (*Ann. de derm., mai 1895*).

L'auteur recommande l'émulsion suivante formulée par Howard Pinkney : émulsion aqueuse de savon noir, 200 grammes; essence de térébenthine, 100 grammes. On peut commencer par 200 grammes de ce mélange par grand bain, mais certains malades en ont supporté jusqu'à 800 grammes. Le bain doit être très chaud, de 35 à 40°. La térébenthine détermine une rubéfaction de la peau qui persiste souvent plus d'une heure après le bain. Il emploie aussi cette émulsion en bains locaux avec 50 à 60 grammes du mélange. 26 malades ont été ainsi traités; quelques-uns étaient atteints de rhumatisme blennorragique très intense et très tenace. Tous ont guéri. Le traitement ne doit être commencé que lorsque la fièvre a cessé depuis plusieurs jours. La durée du bain doit être de vingt minutes environ. F. B.

Anatomie pathologique des bubons, par ELIASBERG (*Thèse de Jouriew, 1894*).

Dans 8 cas de bubons chancrelleux, E. a trouvé deux catégories de lésions : 1° Lésions inflammatoires, diapédèse des leucocytes et des hématies, exsudation séreuse, etc.; 2° lésions dégénératives en foyers dans toutes les parties des ganglions. Les lésions dégénératives sont plus prononcées au centre et passent d'une façon insensible aux parties saines. L'intensité des phénomènes inflammatoires n'est pas en rapport avec celle des lésions dégénératives. Enfin, l'auteur n'a pu trouver aucun agent pyogène.

E. admet comme agent pathogène du chancre mou le bacille de Ducrey, mais ce bacille ne passe pas dans le ganglion à l'état virulent ou tout au moins n'est pas la cause directe des bubons. Ceux-ci seraient

provoqués par les produits solubles du bacille de Ducrey, transportés aux ganglions par l'intermédiaire des leucocytes. H. FRENKEL.

Résultats obtenus avec le permanganate de potasse dans la blennorragie, par MANTEGAZZA (*Giorn. ital. delle mal. vener., XXX, 1*).

Partisan des lavages au permanganate de potasse, l'auteur croit qu'on peut les employer même chez les individus affectés d'épididymite légère ou à la période de déclin, et surtout dans les urétrites subaiguës et chroniques. Le traitement doit être conduit sans interruption jusqu'à la désinfection complète de l'urètre. Les lavages au permanganate de potasse ont donné aussi de bons résultats dans le traitement de la blennorragie de la femme. F. BALZER.

Recherches sur l'ichtyol dans le traitement de la blennorragie, par CANOVA (*Thèse de Paris, 1895*).

Les solutions d'ichtyol à 1 ou 2 0/0 sont très bien tolérées, ne déterminent pas de réaction inflammatoire, leur action est surtout efficace à la période subaiguë de la blennorragie, beaucoup moins au début et à la période aiguë. Les lavages à l'ichtyol ne sont pas douloureux et l'auteur s'associe, pour en recommander l'emploi, aux conclusions de Jadassohn, de Colombini, etc. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Rapports et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux, avec préface de BOURNEVILLE, par E. SÉGUIN (*Paris, 1895*).

Continuant la série de ses ouvrages de la Bibliothèque d'éducation spéciale, Bourneville nous donne aujourd'hui un gros volume de rapports et mémoires publiés par Séguin, en Amérique, sur l'éducation des enfants normaux et arriérés, parus à divers époques. On y trouvera des renseignements très instructifs sur les diverses méthodes employées à l'étranger. La première partie comprend le berceau et la crèche, la salle d'asile, les jardins d'enfants, l'éducation physiologique. La seconde est consacrée à l'éducation des sourds-muets et à l'examen des diverses écoles hollando-allemande, franco-espagnole, anglo-américaine. La troisième partie est consacrée à l'éducation des idiots et des faibles d'esprit; tout ce qui se fait dans les écoles étrangères et américaines y est examiné avec soin. Enfin, dans une quatrième partie, l'auteur expose sa conception de l'éducation populaire.

Le volume est terminé par deux études fort intéressantes : l'une sur l'éducation psycho-physiologique d'une main idiote; l'autre sur l'éducation d'un œil idiot. P. S.

Sur les troubles mentaux qu'on observe pendant le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde, par SAISSET (*Thèse de Paris, 1895*).

Les divers délires observés sont d'origine toxique; les uns sont liés

à l'intensité de l'infection, les autres à la fois à l'infection et à la prédisposition mentale du sujet. Dans ce dernier cas, le délire de la période fébrile consiste souvent en un véritable état de rêve avec obnubilation intellectuelle et hallucinations variées. La confusion mentale est la forme clinique habituelle des troubles mentaux de la convalescence. La plupart des malades n'ont pas d'antécédents héréditaires mais toujours un passé psychique plus ou moins chargé. Les autres psychoses bien définies ne se développent jamais au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde que chez des héréditaires. P. S.

Beobachtungen und Versuche an Alkoholdeliranten, par LIEPMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 14*, *p. 309*, *8 avril 1895*).

Liepmann a recherché expérimentalement si des excitations périphériques étaient véritablement le point de départ des illusions et hallucinations des alcooliques délirants ; à cet effet, il a étudié chez un grand nombre de ces malades les effets réactionnels provoqués par la compression du globe oculaire. Tandis que chez les individus sains, on note alors les images de Purkinje, 41 des 52 délirants alcooliques ont eu des visions d'objets et de personnes. Chez un certain nombre d'entre eux, la possibilité de faire apparaître ainsi des visions persistait encore de 12 à 18 heures après la cessation du délire spontané ; chez un malade, les visions déterminées par la pression de l'œil précédèrent d'un jour l'apparition du délire. Une partie des sujets des visions procèdent manifestement de l'image de Purkinge : ce sont le soleil, la lune, les étoiles, le ciel, les éclairs, les nuages, etc. Chez près de la moitié des délirants visionnaires, il s'agissait d'écrits ou d'imprimés, dont ils décrivaient nettement les dimensions et la couleur des lettres qui étaient presque toujours les mêmes, et ils lisaient couramment ou au contraire déchiffraient péniblement ; parfois les mots n'avaient aucun sens ou il ne s'agissait que de lettres séparées et de chiffres. Les objets inanimés prédominaient: c'étaient des maisons, des objets usuels ou de toilette et des spectres ; fait singulier, la vue des animaux était très rare, et parmi eux ne se trouvaient ni rats ni souris. Beaucoup voyaient des places ou des rues traversées par des voitures et des hommes. En général ces visions étaient considérées comme celles d'objets réels qui seraient vus à travers la chambre obscure ; elles étaient sans liaison entre elles et jamais terrifiantes ou angoissantes, ce qui contraste avec celles du délire spontané.

Pour s'assurer si la privation de lumière n'était pas la cause essentielle de ce phénomène, Liepmann a expérimenté sur les yeux clos et recouverts d'une étoffe, mais non comprimés ; il a reconnu que, dans ces conditions, une partie des alcooliques délirants avaient déjà des visions. L'un d'eux même placé les yeux ouverts dans une chambre noire y lisait.

Dans la discussion de la société berlinoise de psychiâtrie, *Leppmann* conteste les conclusions que Liepmann tire de ses expériences ; l'observation soigneuse de plus d'un millier d'alcooliques délirants lui a montré en effet que les visions d'animaux se rencontrent tout au plus dans 40 pour 0/0 des cas et que le délire présente le plus souvent associées

les idées de persécution et celles de grandeur ; chez les malades d'un certain âge et les récidivistes, les idées de grandeur surgissent en général à l'apogée du délire. Quant à la diversité des hallucinations, Leppmann les impute à la variété des boissons alcooliques. Un trait spécial de ces malades est leur inaptitude absolue à s'orienter dans l'espace.

Jolly, qui a refait les expériences de Liepmann, en confirme les résultats, et il ne croit pas que la diversité des boissons alcooliques puisse expliquer celle des hallucinations, en se fondant pour cela sur ses observations dans des villes très distantes, Munich, Wurzbourg, Strasbourg et Berlin où la consommation respective du vin, de la bière et de l'eau-de-vie présente des différences notables ; il a constaté la vision d'animaux dans 50 0/0 des cas de délire alcoolique.

A. *Moeli*, qui veut faire jouer un rôle à la suggestion, dans les expériences de Liepmann, celui-ci répond que cette idée est exclue en raison même de l'uniformité des résultats obtenus chez les différents malades.

J. B.

Anämie und Neurosen, par REINERT (*Münch. med. Woch.*, *n° 14, p. 305, 1895*).

R. examine l'hémoglobine dans 48 cas d'hystérie et 36 de neurasthénie et arrive aux résultats suivants : dans l'hystérie : 30 0/0 ont 80 d'hémoglobine ou plus ; 47 0/0 entre 70 et 80 ; 18 entre 60 et 70 ; 2 entre 50 et 60 et 2 entre 30 et 40. Dans la neurasthénie : 36 0/0 ont 80 et plus ; 58 entre 70 et 80 ; 5 entre 60 et 70.

En moyenne, il a trouvé pour l'hystérie 72,4 0/0 d'hémoglobine ; pour la neurasthénie 75,6 ; pour la chorée legère 72,9, et dans 3 cas d'épilepsie 74,6 0/0. Il considère donc comme constante dans toutes les névroses une diminution peu considérable de la teneur du sang en hémoglobine.

C. LUZET.

D'une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie, par LÉVI (*Arch. de neurol.*, *n°s 95, 96, 97*).

Les conclusions de ce travail appuyé sur des observations très démonstratives sont qu'il existe une forme de maladie de Raynaud et une d'érythromélalgie qui sont purement hystériques. Le début est brusque, l'origine est émotionnelle. Il y a co-existence de phénomènes urinaires, anurie et polyurie. Le rhumatisme articulaire aigu se retrouve fréquemment dans les antécédents. Ces formes guérissent par l'hypnose. Ce sont des cas nouveaux de maladies par émotion qui s'ajoutent à la liste déjà longue des troubles vaso-moteurs de l'hystérie. L'auteur pense que la théorie centrale doit être admise pour expliquer ces faits. P. S.

Anatomische Untersuchungen des Centralnervensystems..... (Recherches anatomiques du système nerveux central dans la paranoia chronique), par Bernhard FEIST (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXVIII, 3*).

L'étude du système nerveux central montra dans 4 cas de paranoia chronique, une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière. Le tissu de soutien de la moelle était atteint d'une prolifération diffuse et présentait une disposition réticulée.

Il est donc probable que ces modifications de la moelle épinière sont en relation directe, quoique obscure, avec les troubles psychiques qu'on observe sur les sujets affectés de paranoia. ED. RETTERER.

Imperative ideas, par HACK TUKE (*Brain, part LXIX, p. 179*).

Sous le nom d'idées impératives, l'auteur décrit certains phénomènes d'obsession qui tourmentent les malades au même titre que les idées de persécution, bien que ce ne soient pas des aliénés proprement dits. A cette catégorie appartiennent : le besoin de toucher certains objets, ou la crainte d'en toucher d'autres, les mots qui reviennent sans cesse à la mémoire (onomatomanie), l'impulsion de calculer constamment, etc. Il peut y avoir outre des idées impératives, des émotions et des impulsions impératives. L'auteur en fournit de nombreux exemples. Il montre l'affinité qui existe entre les épilepsies et les idées impératives.

H. R.

Mental stupor as a pathological entity, par James WHITWELL (*Brain, part LXIX, p. 66*).

L'auteur considère la stupeur mentale comme une entité morbide, au moins dans certaines circonstances déterminées. Il croit qu'il existe une forme de stupeur liée au défaut de proportionnalité entre le développement du système vasculaire encéphalique et celui du cerveau lui-même. En pareil cas, les vaisseaux de la base de l'encéphale, ou bien l'aorte et le cœur, ou enfin la totalité du système sanguin, sont plus petits que de coutume, et ont subi un arrêt de développement. Le cœur, pendant la vie, tend à s'hypertrophier et le claquement du deuxième bruit aortique est accentué. L'hypertrophie cardiaque est relativement favorable à l'état mental : la stupeur est incurable quand le cœur ne s'hypertrophie pas.

Il existe une forme de stupeur intermittente; pendant la période de stupeur les vaisseaux périphériques sont contracturés; l'inverse se produit pendant la période de lucidité. H. R.

Ueber das indurcite Irresein (Sur la folie communiquée), par M. SCHÖNFELDT (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 1. p. 202*).

L'auteur a résumé les résultats de ses recherches sous la forme des conclusions suivantes :

1° Rentrent dans le groupe de la folie communiquée les affections mentales reconnaissant pour cause l'implantation, par un aliéné, d'idées délirantes dans l'esprit de personnes de son entourage, qui jusque-là ne présentèrent pas de troubles psychiques;

2° La transmission d'un désordre intellectuel est une manifestation relativement très rare ;

3° Parmi les psychoses transmises d'un sujet à l'autre, la démence vulgaire (paranoia) représente le contingent principal ;

4° Dans les cas de folie communiquée, la maladie primitive et la maladie secondaire présentent, pendant toute leur durée, les mêmes modalités d'idées délirantes ;

5° La prédisposition psychopathique représente le facteur principal parmi ceux qui interviennent dans le développement de la folie communiquée ;

6° Les circonstances adjuvantes sont représentées par la consanguinité (conformité d'organisation cérébrale), par une ressemblance psychique antérieure au développement de la folie communiquée, par une harmonie des âmes et une intime communauté de vie dans l'isolement ; par la supériorité intellectuelle, morale ou sociale, de la personne atteinte en premier lieu, par une moindre résistance psychique de celle qui est atteinte en seconde date ;

7° Le phénomène psychologique de l'implantation d'un désordre intellectuel repose sur une « imitation » issue d'un mouvement égoïstique ;

8° L'homme sain muni d'un cerveau robuste ne court aucun danger de contagion, du fait d'une fréquentation intime prolongée de personnes démentes. E. R.

On some of the newer aspects of the pathology of insanity, par W. LLOYD ANDRIEZEN (*Brain*, *part LXVIII*, *p. 548*).

Sous ce titre, l'auteur publie un volumineux mémoire consacré à l'histologie des centres nerveux et à la structure des circonvolutions cérébrales. Les conclusions qui se dégagent de cet important travail sont les suivantes :

La notion de la psychologie et de la pathologie de la folie repose exclusivement sur la doctrine des localisations des fonctions cérébrales; celle-ci est étroitement liée à la conception anatomique et physiologique de l'élément nerveux cérébral, le neurone.

La base fondamentale du fonctionnement cérébro-spinal consiste en deux éléments nerveux : une cellule bipolaire épithéliale sensitive et une cellule motrice centrale.

Entre ces deux éléments primordiaux se placent une série de cellules intermédiaires destinées à assurer la coordination et la corrélation des activités fonctionnelles cellulaires. Cette structure permet de comprendre le mécanisme des actions réflexes.

Le système cérébral est une agglomération de neurones reliés à trois systèmes sensoriels : le visuel, l'olfactif et le bulbo-spinal ; ce dernier comprenant les centres tactile, gustatif et kinesthésique.

Les neurones sont distincts et séparés anatomiquement; ils ne n'anastomosent pas les uns avec les autres et fonctionnent uniquement par contact. Leur partie fondamentale, la cellule, est le centre trophique; leurs prolongements protoplasmiques et nerveux sont les agents de relation avec les autres neurones.

L'écorce cérébrale chez l'homme est constituée par des couches cellulaires différentes, ayant chacune leurs caractères anatomo-physiologiques distincts. Les excitations sensorielles se centralisent dans les couches inférieures (longues cellules pyramidales) puis se transmettent et se diffusent dans les plexus protoplasmiques superficiels. Plus le cerveau est élevé dans sa structure, plus ces systèmes de fibres commissurales d'association sont développés. L'intelligence n'est pas en raison de la masse cérébrale, mais de la structure plus ou moins complexe des circonvolutions.

Ce sont les lésions congénitales ou acquises, de ces différents systèmes organiques, qui sont la base des névroses psychiques. Il existe deux

grandes classes de folies : les unes dans lesquelles les lésions sont extensives et généralisées, les autres où les lésions sont intensives et localisées.

On peut rapprocher les progrès de la lésion et des symptômes dans les folies d'origine alcoolique; les degrés du mal correspondent à l'apparition de l'amnésie, puis de la diminution de l'attention et de la volonté, puis de l'affaiblissement musculaire, du tremblement et de l'insomnie, finalement des désordres franchement psychiques, tels que la mélancolie, le délire de persécution, les hallucinations, les accès épileptiformes, etc. Les lésions corrélatives intéressent simultanément les cellules pyramidales et leurs prolongements protoplasmiques, ainsi que les plexus nervo-protoplasmiques superficiels.

Il ressort de ces recherches que dans les stades précoces de la folie, il y a toujours dès le début une altération nutritive et dynamique de la cellule nerveuse qui se traduit par l'insomnie, la mélancolie, la fatigue cérébrale et la perte d'aptitude au travail. Les altérations des plaques nerveuses d'expansion et d'association ne se montrent que plus tardivement.

H. R.

Zur Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse..... (Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie de la paralysie générale, notamment en ce qui concerne l'influence du traumatisme et les cas survenant dans le jeune âge), par H. GUDDEN (*Archiv f. Psychiatrie*, *XXVI*, *2. p. 430*).

Le nombre des cas de paralysie générale admis dans la division des hommes à l'hôpital de la Charité, de Berlin, de 1888 à 1893, a été de 1386, à savoir : 237 en 1888, 209 en 1889, 230 en 1890, 288 en 1891, 206 en 1892, 216 en 1893.

Régulièrement on a constaté une augmentation du nombre des entrées au printemps, une diminution pendant l'été, une légère recrudescence pendant les mois d'automne. Le nombre des malades mariés ou veufs (1092) l'a emporté de beaucoup sur le nombre des célibataires (218 + 75 sujets dont l'état civil n'a pu être établi).

Eu égard à l'âge, les malades, au moment de leur admission, se répartissaient ainsi :

Etaient âgés de	31 à 35 ans	18,5 0/0
—	36 à 40 ans	24 0/0
—	41 à 45 ans	23 0/0
—	46 à 50 ans	14,8 0/0

Précédemment déjà, on avait constaté que les sujets âgés de 36 à 40 ans fournissaient le contingent maximum des admissions.

Dans 506 cas seulement, on a pu recueillir des données précises concernant l'étiologie. Dans 207 de ces 506 cas, l'intervention de l'hérédité pathologique a pu être établie. Les excès alcooliques ont pu être incriminés dans 137 cas ; les influences psychiques dans 28 cas ; les fatigues et les émotions entraînées par une campagne militaire, dans 62 cas ; le traumatisme dans 46 cas. Des affections nerveuses du jeune âge ont été relevées dans 33 cas. 3 malades étaient, de par leur profession, exposés à l'action habituelle d'une température élevée.

Une infection syphilitique antécédente était certaine dans 35,7 0/0 des cas, vraisemblable dans 9,6 0/0. Dans 3,3 0/0 des cas cette infection re-

montait à moins de cinq ans (1 à 5), dans 25 0/0 des cas à moins de dix ans, dans 54,2 0/0 à moins de vingt ans. Chez 72,7 0/0 des malades la syphilis avait été contractée entre 20 et 30 ans.

L'auteur entre ensuite dans quelques détails relatifs à la fréquence des principaux signes et symptômes de la paralysie générale dans les cas qui composent sa statistique.

Il consacre un chapitre spécial à la paralysie générale d'origine traumatique et à celle qu'on observe chez les très jeunes sujets. Le traumatisme est intervenu dans 64 cas ; dans 18 cas, la paralysie générale préexistait, mais la marche de la maladie a été le plus souvent précipitée du fait du traumatisme. 6 malades avaient subi le traumatisme pendant leur jeunesse. Chez 18 malades un laps de temps très long s'est écoulé entre l'époque du traumatisme et l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale ; chez 21 autres cette maladie s'est développée immédiatement après l'intervention du traumatisme, qui, dans 4 cas, a déterminé une fracture du crâne. Dans 66 0/0 des cas, d'autres influences étiologiques sont intervenues conjointement avec le traumatisme, notamment la syphilis, dans 30 0/0 des cas. Pour ce qui concerne les manifestations psychiques, c'est la forme dépressive qui a dominé dans les cas d'origine traumatique.

Le travail de l'auteur contient la relation de 3 cas de paralysie générale chez des sujets qui, âgés respectivement de 19, 21 et 17 ans, au moment de leur admission, présentaient les symptômes de la paralysie générale depuis plusieurs années déjà. Dans ces 3 cas on a relevé l'intervention de facteurs étiologiques multiples, connus pour leur efficacité : hérédité, syphilis et traumatisme. Il en était de même chez 20 autres paralytiques généraux jeunes. L'auteur conclut que plus l'hérédité pathologique pèse lourdement sur un sujet, plus la paralysie générale est précoce à se développer, quand interviennent les causes occasionnelles.

E. R.

Statistisches und Klinisches zur Kenntniss der paralyt. Geistesstörung (Contributions statistiques et cliniques à l'étude de la démence paralytique), par WOLLENBERG (*Archiv f. Psychiatrie, XXVI, 2, p. 472*).

La substance de ce travail se trouve condensée dans les conclusions suivantes, formulées par l'auteur :

D'après le mouvement des entrées à l'hôpital de la Charité, de Berlin, le rapport du nombre des cas de paralysie générale chez les femmes serait au nombre des cas survenant chez l'homme de 1 : 3,5.

Le nombre des cas de paralysie générale chez des femmes admises dans l'hôpital susdit, a subi aussi bien une augmentation absolue qu'une augmentation relative (par rapport aux autres formes de démence), pendant la période qui s'est écoulée de 1887 à 1890. Cette augmentation est relativement supérieure à celle qu'a subie la population féminine de Berlin.

La période de la vie, qui parait être le plus propice à l'éclosion de la paralysie générale chez la femme, est celle qui précède l'époque du retour d'âge (de 36 à 40 ans).

Le nombre des femmes mariées l'a emporté de beaucoup sur le nombre

des femmes célibataires ; le nombre des prostituées de profession a toujours été relativement très faible.

Au nombre des influences prédisposantes, l'hérédité ne semble pas jouer un rôle bien spécial. Au contraire l'infection *vénérienne* paraît jouer un rôle prépondérant. D'autres influences intervenant avec elle ou sans elle, et qui ont pour effet d'amoindrir la capacité de résistance du corps et de l'esprit, peuvent également préparer le terrain à l'éclosion de la paralysie générale. Certaines influences qui agissent d'une façon aiguë, le traumatisme notamment, n'interviennent qu'exceptionnellement, à titre de causes prédisposantes. Par contre, elles représentent les causes occasionnelles les plus fréquentes.

En fait de symptômes somatiques, le plus constant est représenté par le signe d'Argyll-Robertson (dans 50 0/0 des cas). D'autre part, les cas avec symptômes dépendant d'une lésion des cordons latéraux l'ont emporté de beaucoup en fréquence, dans ces derniers temps, sur ceux où prédominaient des symptômes dépendant d'une lésion des cordons postérieurs.

Chez les femmes, les cas de paralysie générale dite classique sont rares. Par contre, on observe souvent des cas, avec délire des grandeurs intercurrent. Les symptômes d'hypochondrie sont le plus souvent peu accusés, sans être très rares. Le caractère fondamental des troubles psychiques réside, d'une façon générale, dans une démence progressive.

La durée de la maladie n'est pas plus longue chez les femmes que chez les hommes ; elle a été en moyenne de deux années et demie. Comptée à partir de l'entrée à l'hôpital, elle a été plus courte dans ces derniers temps qu'autrefois. E. R.

Types spastiques et tabétiques de paralysie générale, par STEWART (*Journ. of ment. sc., avril 1895*).

L'auteur a examiné 317 paralytiques généraux. 85 0/0 appartenaient au type spastique, 15 0/0 au type tabétique. Les paralysies de type spastique sont plus précoces que les autres. Les premières débutent de 30 à 40 ans, et les secondes de 40 à 50. La durée de la variété spastique n'est que de 1 à 2 ans ; celle de la variété tabétique de 2 à 3. Le maximum des décès survient dans la première entre 30 et 40 ans et dans la seconde entre 40 et 50.

La moelle, examinée dans 42 cas, s'est toujours montrée diminuée de poids et de diamètre. Il en est de même du poids du cerveau, qui est surtout diminué dans la paralysie générale spastique, sauf chez les femmes où c'est dans la variété tabétique qu'il l'est le plus. P. S.

Des rapports entre la paralysie générale et la maladie des reins, par Hubert BRISTOWE (*Journ. of ment. sc., avril 1895*).

L'auteur met en relief la fréquence du petit rein granuleux dans la paralysie générale, la similitude des lésions des vaisseaux sanguins dans les deux maladies et le fait que ces lésions ne peuvent souvent pas être distinguées l'une de l'autre, et conclut que ces deux affections, qui paraissent dépendantes l'une de l'autre, ont très probablement une origine commune. P. S.

Symptomenbild der Dementia paralytica bei einem Mädchen im Pubertätsalter, par SACKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 45, p. 1029, 5 novembre 1894*).

Fillette de 15 ans, non encore réglée. Pas d'autres antécédents morbides qu'une éruption bucco-auriculaire dans sa première année et de fréquentes adénites. Développement intellectuel et physique normaux jusqu'il y a deux ans et demi. Depuis lors, l'enfant est devenue oublieuse, irritable, émotionnable, n'a plus fait de progrès à l'école où elle avait souvent des maux de tête et des syncopes. En septembre et décembre 1893, deux accès de perte de la parole d'une demi-heure, sans perte de la connaissance ni autres paralysies ; de ces attaques, il reste de la difficulté à mouvoir la langue et du nasonnement.

État actuel : faiblesse intellectuelle, trouble caractéristique de la parole, immobilité réflexe des pupilles qui convergent cependant normalement ; écriture tremblottée avec oubli de lettres et de mots, intercalation de lettres inutiles, etc. ; lecture assez bien conservée, avec omission parfois de mots. Aucune paralysie. Démarche un peu titubante sans ataxie ; exagération des réflexes rotuliens. Gonflement des ganglions de la nuque. Pas de dents d'Hutchinson. Aucune hérédité nerveuse. Traitement antisyphilitique inefficace.

Sacki croit plutôt ici à une paralysie générale qu'à une syphilis cérébrale en se fondant sur le caractère fugitif des attaques, l'absence de paralysies, le trouble caractéristique de la parole, la démence à marche progressive et l'inefficacité du traitement.

Peut-être s'agit-il d'une syphilis héréditaire.

On connait 12 cas de paralysie générale au-dessous de 20 ans. Au point de vue anatomo-pathologique, ils ne se distinguent en rien de l'affection similaire des adultes.

Sous le rapport clinique, chez l'enfant, c'est la forme démence simple qui prédomine et les idées de grandeur sont rares ; rien de particulier dans les autres symptômes. Le début se fait jusqu'à l'âge de 12 à 15 ans ; la maladie dure un peu plus de quatre ans. Les cas sont plus communs chez les filles que chez les garçons. On a admis comme facteurs étiologiques la syphilis et la tare neuropathique. Clouston signale la puberté comme cause déterminante. Dans aucune observation on n'a indiqué comme causes ni les fatigues intellectuelles ou physiques ni les émotions ; la relation avec le traumatisme est possible, mais n'a jamais été nettement démontrée. (*R. S. M.*, XXV, 689 ; XXVII, 256 ; XXVIII, 257 ; XLI, 242, et XLIII, 626.) J. B.

One hundred consecutive cases of epilepsy, etc. (L'épilepsy étudiée dans ses rapports avec les anomalies de réfraction de l'œil), par H. Work DODD (*Brain, part LXIV, p. 534*).

1° Les anomalies de réfraction peuvent causer l'épilepsie.

2° La correction de ces erreurs de réfraction soulage et peut même guérir l'épilepsie presque dans la proportion du simple au double.

3° Quand, après correction de l'anomalie de réfraction, l'épilepsie continue, généralement elle affecte une forme différente.

Sur les 100 cas cités dans le mémoire, 6 seulement étaient emmétropes : 70 hypermétropes, 2 myopes, 16 astigmates, enfin 6 anisométropes. H. R.

De la nécessité de la bromuration continue chez les épileptiques soi-disant guéris, par Ch. FÉRÉ (*Revue de méd., mars 1895*).

Féré rapporte trois observations, qui montrent que chez les épileptiques, alors même que sous l'influence des bromures les attaques disparaissent, il ne faut pas en suspendre l'emploi sous peine de voir au bout de quelques mois les accidents se reproduire.

La crainte du bromisme peut pousser à attribuer à l'intoxication des phénomènes qui lui sont tout à faits étrangers. Ainsi il arrive assez souvent que, lorsque sous l'influence de la bromuration, les accidents convulsifs s'éloignent, il se produit des troubles vertigineux qui passent facilement inaperçus, mais qui affectent considérablement la mémoire, l'intelligence en général et l'état affectif. Ces troubles ne s'accompagnent pas des manifestations gastro-intestinales propres à l'intoxication bromique, et ils ne sont nullement modifiés par les évacuants qui, en général, atténuent au moins momentanément les accidents bromiques. La confusion serait déplorable si elle se traduisait par une suspension intempestive du traitement. C. GIRAUDEAU.

I. — Drei Fälle von geheiltem Myxödem (Trois cas de guérison de myxœdème), par E. MENDEL (*Deutsche med. Woch., n° 7, p. 101, 1895*).

II. — Heilung eines operation entstandenen Myxödems..... (Guérison par le traitement thyroïdien d'un cas de myxœdème), par PALLESKE (*Ibidem, n° 7, p. 103, 1895*).

I, — L'administration de substances tyroïdiennes de mouton a donné dans ces 3 cas une guérison complète et rapide. Dans le premier cas, on avait d'abord essayé d'administrer le médicament sous forme d'injections sous-cutanées, mais on dut bientôt y renoncer en raison d'accidents phlegmasiques locaux et de dépression cardiaque. Le médicament fut donné sous forme de tablettes de Burroughs (2 à 4 par jour); dans un autre cas, on donna l'extrait de glande thyroïde fraîche; toujours l'administration du médicament par l'estomac amena rapidement l'augmentation des urines, l'assouplissement de la peau, le retour de l'intelligence et des forces. La guérison ne s'est pas démentie depuis 9 ou 10 mois.

II. — Jeune fille de 16 ans. Début du goitre à l'âge de 4 ans; à 12 ans 1/2, la glande thyroïde hypertrophiée est enlevée pour remédier à des phénomènes graves d'étouffement. 3 ans après, la jeune fille se présente avec les signes du myxœdème développés depuis l'opération. Traitement par l'administration de glande thyroïde crue, qui dure 4 mois et amène la guérison complète.

Un fait très remarquable dans cette observation est l'influence rapide du médicament sur la sécrétion urinaire; quelques heures après l'absorption du médicament se manifeste un besoin violent d'uriner, et l'amélioration paraît marcher de pair avec l'abondance des urines. H. DE BRINON.

Myxoedem auf seltener Basis, par R. KÖHLER (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 927, 8 octobre 1894*).

Myxœdème causé par l'actinomycose. Femme de 25 ans employée dans une vacherie. En juillet 1893, rougeur et gonflement de la face antérieure du cou; en octobre suivant, tuméfaction de la face et des extrémités; en mars 1894, tous les symptômes caractéristiques du myxœdème. Nombreuses ulcérations entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et l'échancrure sternale. Köhler

se borne d'abord à curetter les ulcères et à les cautériser. Mais bientôt il se produit de la fluctuation et l'incision donne issue à un peu de pus contenant des actinomycètes. Kœhler enlève alors la peau dans l'étendue des surfaces malades et met ainsi à nu le corps thyroïde réduit à sa moitié postérieure, comme si on l'avait coupé verticalement de haut en bas. Raclage de tous les tissus friables, puis thermocautérisation et greffes. A la suite de cette opération, le gonflement du visage a complètement disparu, mais il y subsiste de la sécheresse et de nombreuses rides qui vieillissent la malade; la tuméfaction des lèvres et de la langue a également retrocédé et la parole est plus facile. Il reste de la lenteur et de la gaucherie des mouvements, tandis qu'on ne note plus d'apathie ni de stupidité; la mémoire revient aussi graduellement. Malgré la disparition des gonflements cutanés, le poids du corps a augmenté en une quinzaine.

Cette observation, qui montre la guérison du myxœdème à la suite de la destruction de l'actinomycose est à rapprocher de celle de Neudörfer (*Wiener med. Presse*, 1892) qui a vu disparaître les symptômes myxœdémateux après l'extirpation d'un des lobes thyroïdiens qui était seul malade.

Köhler avait publié antérieurement (*R. S. M.*, XLI, 623) un cas de myxœdème syphilitique. Il ajoute que cette malade a succombé à une syphilis cérébrale. J. B.

Un cas de myxœdème infantile; traitement thyroïdien, modification du sang, par LEBRETON et VAQUEZ (*Soc. méd. des hôp., 15 janvier 1895*).

Une fillette de 3 ans, née à terme, a eu dès sa naissance les extrémités froides, cyanosées, œdémateuses; nourrie jusqu'à 21 mois, elle n'avait alors que le développement d'un enfant de 1 an; à 2 ans, la langue commença à augmenter de volume en même temps que la face se tuméfiait; à 3 ans, la nourriture devenait presque impossible; l'enfant présentait alors le type classique des myxœdémateux; la langue sortait de la bouche, serrée entre les dents. On ne trouve pas trace du corps thyroïde; longueur 68 centimètres, poids 8^k,520, T. R. 34,6, intelligence nulle; l'enfant fut soumise à l'ingestion tous les 2 jours de 20 centigrammes de corps thyroïde de mouton, cuit dans du beurre et écrasé dans du lait, rapidement on constate une amélioration; au bout de deux mois et demi l'infiltration myxœdémateuse a disparu, la langue est normale, la T. R. est de 37, le poids 6^k,850; 8 dents ont poussé en 3 mois. Le sang a été examiné le 10 septembre avant le traitement, puis le 23 octobre; le premier examen donna: hématies, 1,750,000; globules blancs, 4,500 (1/380) hémoglobine 65; le deuxième: hématies, 2,450,000, globules blancs, 9,600 (1/240), hémoglobine 68. La mensuration des globules montra qu'il existait avant le traitement une augmentation notable de la dimension des hématies 8μ,10; après le traitement, le diamètre retombe à 7μ,58. Le 10 septembre il existait quelques globules rouges nucléés, le 23 octobre, il fut impossible d'en retrouver, le 10 septembre il existait parmi les leucocytes un grand nombre de lymphocytes, presque la moitié des grands leucocytes mononucléés; le 20 octobre, la plupart des lymphocytes ont disparu et il y a beaucoup de grandes cellules mononucléées. H. L.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — **Chloroform oder Äther? par J. MIKULICZ** (*Berlin. klin. Woch., p. 1035, 12 novembre 1894*).

II. — **Zur Äthernarkose, par P. BRUNS** (*Ibid., p, 1147, 17 décembre 1894*).

III. — **Die Narkosenfrage, par KÖNIG** (*Ibid., p. 1191, 31 décembre 1894*).

IV. — **Eine neue Methode der allgemeinen Narkose, par Paul ROSENBERG** (*Ibid., 7 et 14 janvier 1895*).

V. — **Discussion de la Société médicale berlinoise** (*Ibid., p. 85, 28 janvier 1895*).

VI. — **Ueber Cocaininfiltrationsanästhesie, par MUELLER** (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 764. 1er décembre 1894*).

VII. — **Narkosenlähmung, par PLACZEK** (*Berlin. klin. Woch., p. 286, 1er avril 1895*).

I. — Après avoir essayé dans 80 cas l'éthérisation, Mikulicz déclare en être revenu à la chloroformisation. Il n'a pas eu de mort à déplorer, mais a eu plusieurs accidents, soit pendant, soit après l'anesthésie par l'éther. Il relate successivement 3 cas d'asphyxie avec arrêt de la respiration et du pouls, 2 cas de collapsus consécutif, 4 cas de bronchite aiguë et 2 cas d'œdème pulmonaire ou de pneumonie.

II. — Depuis cinq ans que Bruns pratique les éthérisations, il a remarqué que les accidents bronchiques et pulmonaires se produisent par séries et tiennent à la qualité de l'éther employé. Lorsqu'on n'a pas soin de protéger l'éther contre l'accès de l'air, il se décompose et dégage, entre autres produits d'oxydation, de l'alcool vinique et du peroxyde d'hydrogène qui peuvent irriter la muqueuse des voies respiratoires. Il faut donc garantir l'éther non seulement contre les effets de la lumière, mais encore contre ceux de l'oxygène atmosphérique. A cet effet, on devra conserver l'éther dans de petits flacons toujours pleins et bien bouchés, placés dans un endroit sombre et frais, et l'on se gardera de se servir pour une nouvelle anesthésie de l'éther restant dans un flacon qui a été en partie vidé de son contenu.

III. — Kœnig a fait environ 8,000 chloroformisations avec un seul cas de mort chez un goitreux cardiaque; d'autre part, il a pratiqué 632 éthérisations sans aucun accident mortel pendant l'anesthésie ou ultérieurement. Avec l'éther, le chirurgien peut opérer plus tranquillement, parce que les accidents graves sont beaucoup plus rares qu'avec le chloroforme. Mais l'éther, dans un grand nombre de circonstances, ne donne qu'une anesthésie insuffisante, notamment en cas d'opérations sur l'abdomen. Se plaçant donc à égale distance de Mikulicz et de Bruns, Kœnig déclare

recourir suivant les cas au chloroforme ou à l'éther, mais en considérant celui-ci comme l'anesthésique courant, en dehors des considérations tirées du siège de l'intervention et de l'état des voies respiratoires. Lorsque l'éther se montre insuffisant, Kœnig y substitue le chloroforme.

IV. — La syncope cardiaque pendant la chloroformisation est généralement de nature réflexe; elle est le résultat d'une excitation des terminaisons du trijumeau dans la muqueuse nasale. Tout anesthésique employé en inhalations peut provoquer les mêmes phénomènes d'excitation réflexe que le chloroforme. On supprime ces réflexes nasaux en cocaïnisant la muqueuse du nez.

Chaque fois qu'on verse du chloroforme sur le masque, survient un affaiblissement momentané des battements du cœur, et cet affaiblissement est d'autant plus accentué que la quantité de chloroforme est plus grande. L'inhalation continue, goutte à goutte, est donc le procédé d'anesthésie le moins dangereux. D'autre part, la cocaïne agit non seulement comme stimulant de la pression sanguine, mais encore comme antidote du chloroforme. La cocaïnisation préalable des fosses nasales a, au dire de Rosenberg, d'autres avantages. Elle rend moins désagréables les premières inhalations, atténue au moins considérablement la phase d'excitation, même chez les buveurs, diminue la fréquence des vomissements pendant l'anesthésie et supprime les troubles gastriques consécutifs. Aussi, pour Rosenberg, l'emploi combiné de la cocaïnisation et de la chloroformisation goutte à goutte constitue-t-il un procédé d'anesthésie bien moins périlleux que l'éthérisation.

Rosenberg pratique la cocaïnisation nasale, le malade étant assis ou debout (mais non couché), avec un pulvérisateur; chaque narine reçoit 2 centigrammes d'une solution de cocaïne à 10 0/0; trois minutes plus tard, il pulvérise encore 1 centigramme de ce même liquide dans chaque fosse nasale avant de commencer l'anesthésie; les malades ont reçu ainsi en tout 6 milligrammes de cocaïne. Si l'anesthésie se prolonge au delà d'une demi-heure, on refait une nouvelle cocaïnisation. En outre, après toute anesthésie, Rosenberg pratique encore la cocaïnisation nasale pour activer le réveil et éviter les nausées consécutives.

V. — *G. Gutmann*, pour des opérations oculaires, a fait 12 anesthésies suivant le procédé Rosenberg : cocaïnisation nasale, puis inhalations de chloroforme continues et goutte à goutte. Les résultats en ont été excellents, même chez les 5 buveurs qui ont à peine présenté de stade d'excitation; une femme, qui devait subir l'iridectomie pour glaucome, avait une affection du cœur; son anesthésie se passa sans incident. Presque tous les anesthésiés ont eu un réveil des plus rapides et se trouvaient parfaitement bien; 2 seulement ont eu des vomissements consécutifs et 1 autre a un peu vomi pendant la chloroformisation.

Dührssen a fait 18 anesthésies, dont 12 pour laparotomies, par la méthode Rosenberg. Vu l'administration du chloroforme goutte par goutte, le début de l'insensibilité a été retardé. Il n'y a eu de troubles respiratoires que dans un cas de laparotomie. Le pouls est resté toujours bon jusqu'à la fin. 5 malades seulement n'ont pas vomi du tout. Dührssen croit que la cocaïnisation n'a aucune importance et que c'est le mode d'inhalation du chloroforme qui est l'essentiel, mais il lui paraît très

supérieur à l'éthérisation, à laquelle il a eu recours 150 fois. Ces 150 éthérisations lui ont donné 3 pneumonies dont une très grave. Un grand nombre d'autres malades ont eu des bronchites plus ou moins opiniâtres ; enfin Dührssen a eu 2 morts : de l'un de ces décès, il disculpe l'éther, la mort n'étant survenue que onze jours après l'ablation d'un utérus pour fibromes. Quant à l'autre décès, il s'est produit brusquement le troisième jour chez une malade exsangue à laquelle on avait fait l'hystérectomie pour cancer ; l'autopsie a révélé un rein granuleux ancien et une néphrite récente que Dührssen est disposé à attribuer à l'éther.

Liebreich rappelle que lorsqu'on veut ménager le cœur, on peut recourir à l'anesthésie par le chlorure d'éthylidène. Langenbeck l'a employé 100 fois et n'y a renoncé qu'à la suite d'un accident mortel.

Rotter, qui n'avait jamais eu de morts sous le chloroforme, bien qu'il pratique annuellement environ 800 anesthésies, a eu 2 décès depuis neuf mois qu'il essaie les éthérisations. Ces malades ne présentaient aucune contre indication à l'usage de l'éther, étaient dans l'âge moyen et n'avaient pas de lésions du cœur. Opérés, l'un pour hernie épigastrique, l'autre pour tumeur du sein, ils ont succombé à une pneumonie devenue double. De plus, Rotter a vu plusieurs pneumonies terminées favorablement, et des bronchites assez sérieuses.

Landau déclare que, depuis quatre ans et demi, il a fait environ 2,000 éthérisations sans accident mortel, mais il a eu des bronchites et même 2 broncho-pneumonies. Pour lui, les dangers de l'éther tiennent surtout à l'inexpérience de celui qui l'administre. Contrairement à Kœnig, il s'est très bien trouvé de l'anesthésie par l'éther dans plus de 300 laparotomies. A moins de contre-indications ou de femmes en travail, il n'abandonnera pas l'éther pour le chloroforme.

Karewsky persiste à se montrer peu favorable à l'éther, bien qu'il l'ait appliqué suivant les préceptes de Landau. En douze ans de pratique chirurgicale, il n'a eu que 1 cas de mort par anesthésie, et c'est l'éther qui en est responsable. Il s'agit d'un enfant anémié qui succomba en trois jours à une broncho-pneumonie. La seule chose qui différencie l'éther du chloroforme, c'est que le premier ne tue pas pendant, mais après l'anesthésie.

VI. — *Muller* déclare que les solutions à 2 dixièmes 0/0 de cocaïne, préconisées par Schleich, ne procurent jamais l'insensibilité ; il faut des solutions à 3 ou 4 0/0 ; encore sont-elles inefficaces en cas de phlegmons et faut-il alors y substituer le bromure d'éthyle. Quant aux solutions de cocaïne, dont le titre excède 4 0/0, on doit y renoncer à cause de leurs effets caustiques et phlogogènes. L'addition d'antiseptiques, tels que morphine et chlorure de sodium, que recommande Schleich, lui paraît superflue, sinon même nuisible à l'anesthésie.

VII. — Exemple de ces paralysies décrites par Braun : Femme de 40 ans, hystérique, laparotomisée en novembre 1894 pour tubo-ovarite. En se réveillant, la malade éprouvait des douleurs aiguës dans le membre supérieur gauche. Quinze jours plus tard, Placzek constatait une atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar et des interosseux de la main gauche, surtout marquée dans le premier espace ; inexcitabilité

absolue aux courants électriques, pour une partie des muscles atteints et réaction de dégénérescence au niveau de l'abducteur du pouce et des interosseux. Évidemment, il y avait eu une attitude vicieuse du membre supérieur gauche pendant l'anesthésie et compression des nerfs médian et cubital par la tête humérale. J. B.

La cocaïne en chirurgie, par P. RECLUS (*In-16, 192, Paris, 1895*).

R. est un des rares, sinon le seul, partisans, en France, de l'anesthésie par la cocaïne pour les opérations chirurgicales. Il trouve à cet agent l'avantage d'une anesthésie complète, sans retentissement sur l'état général, sans, par conséquent, accidents graves subits, mais à la condition de suivre une technique rigoureuse, dont il ne se départit jamais et qui lui a permis de mener à bien sans aucune inquiétude plus de 3,200 opérations. Cette technique, que l'auteur décrit minutieusement, consiste à n'employer qu'une solution *faible*, bien dosée à 1 0/0, jamais plus ; elle est largement suffisante pour amener l'anesthésie, en multipliant des injections d'un gramme de solution. Rarement il a été conduit à injecter plus de 10 ou 15 seringues, soit 10 ou 15 centigrammes d'alcaloïde. Par sa méthode d'injections méthodiques, R. a pu entreprendre, sans réaction douloureuse, non seulement toutes les petites interventions courantes, abcès, ongles incarnés, petites tumeurs, mais des opérations importantes, autoplastie, cancer de la langue, castration, hernies étranglées, etc.

La cocaïne est contre-indiquée dans les opérations non réglées, dans les grandes opérations et dans la chirurgie abdominale (bien que R. ait pu enlever des kystes ovariques). Elle trouve son emploi surtout chez les sujets affaiblis, atteints de tares organiques, cardiaques ou autres.

A. CARTAZ.

The blood alterations of ether anesthesia (Altérations du sang, etc.), par CHALMERS DA COSTA (*Med. news, p. 225, 2 mars 1895*).

L'éthérisation produit une diminution marquée de l'hémoglobine du sang. Les corpuscules rouges et l'hémoglobine sont particulièrement affectés lorsque le sang est déjà malade, dans l'anémie, par exemple. Les corpuscules blancs montrent des changements irréguliers qui ne sont pas caractéristiques, et des variations qui ne sont pas plus prononcées que celles qu'on observe dans le sang normal. La pneumonie consécutive à l'éthérisation paraît due à l'action du froid intense produit par la vapeur d'éther.

L'œdème des poumons peut survenir, par suite de la contraction des capillaires des poumons, contraction qui entraîne la stagnation du sang dans les veines : cet état peut entraîner la paralysie soudaine du cœur. Le refroidissement du courant sanguin peut être responsable de la néphrite qui suit parfois l'éthérisation. L'anesthésie prolongée détériore profondément le sang et constitue un gros obstacle à la guérison.

MAUBRAC.

Die Äthernarcose in der Gynäcologie (La narcose éthérée en gynécologie), par AMANN (*Münch. med. Woch.*, *nos 33 et 34*, *p. 649 et 671*, *1894*).

A l'exception des cas où il existe une contre-indication générale (bronchite, infiltration des poumons, exsudats pleuraux), la narcose par l'éther présente en gynécologie des avantages sur la narcose chloroformique. Moins dangereuse, elle peut être prolongée, même dans les cas où il existe des maladies de cœur avancées. Le sommeil est plus rapide, il est plus facile à prolonger et demande moins de contrôle ; on peut même la confier à une personne peu expérimentée ; on obtient vite par ce moyen le relâchement recherché des muscles. La position même de la parturiente est utile dans cette narcose, car elle facilite l'évacuation des mucosités bronchiques. Le stade d'excitation et les vomissements sont moindres dans ce procédé qu'avec l'emploi du chloroforme. C. LUZET.

A case of tachycardia complicating chloroform anesthesia, par TULEY (*Journ.* (*Amer. med. Assoc.*, *13 avril 1895*).

Un homme de 30 ans, très vigoureux, alcoolique et tabagique, ayant à subir une intervention pour fistule anale, fut amené sur la table d'opération dans un état de surexcitation extrême ; il fut difficile à endormir ; le sommeil chloroformique fut de 22 minutes. Deux minutes après le réveil, le pouls de l'opéré, de 80 atteignit 200 pulsations par minute, la respiration restant normale, et pendant plus d'une heure la sensation du pouls radial était celle que donnerait au doigt un courant rapide et continu, c'est-à-dire que les pulsations n'étaient pas perceptibles. Contraction cardiaque jusqu'à 160 par minutes. Les phénomènes formidables de tachycardie s'amendèrent graduellement dans l'espace de quelques heures. Interrogé sur ses antécédents pathologiques, le malade avoua alors plusieurs attaques de tachycardie paroxystique. CART.

Die Verwendbarkeit der Eiweisskörper des Blutserum..... (De l'emploi en chirurgie des albuminoïdes, du sérum sanguin et de la nucléine), par SCHLEICH (*Therap. Monatsh.*, *11*, *p. 549*, *novembre 1894*).

S. a eu l'idée d'utiliser en chirurgie les albuminoïdes, le sérum sanguin et la nucléine. Il a reconnu aux substances albuminoïdes une action stimulatrice marquée sur la nutrition locale, un pouvoir chimiotaxique (afflux plus considérable des matériaux nutritifs et des leucocytes). Il ne s'agit pas d'inflammation. Les plaies se couvrent très rapidement de bourgeons charnus, riches en sucs et en vaisseaux. La protection de la plaie nécessite un pansement pour lequel S. recommande comme étant le moins irritant le sérum sanguin qu'il emploie en poudre. Il fait remarquer qu'il excite le processus de guérison naturel des plaies. Pour exciter les plaies torpides (tuberculose), il a recours à la nucléine, acide en poudre ou en pommade, qui agit d'une façon élective : trop faible pour atteindre les cellules normales, elle détruit les cellules malades. Il a aussi obtenu de très bons résultats dans le pansement des plaies, des ulcérations (variqueuses, tuberculeuses, chancreuses, syphilitiques), dans le traitement des affections des muqueuses (ozène, endométrite, urétrites), d'une pâte de peptone iodoformée. PAUL TISSIER.

I. — Die Verwendung conservirter Hautlappen bei der Transplantation nach Thiersch, par J. WENTSCHER (*Berlin. klin. Woch., n° 43, p. 979, 22 octobre 1894*).

II. — Beiträge zur Transplantation nach Thiersch, par AUERBACH, JOTTKOWITZ et SCHULTHESS (*Ibidem, n° 4, p. 82, et n° 5, p. 102, 28 janvier et 4 février 1895*).

I. — Sur 16 malades, dont 11 atteints d'ulcères de jambes, Wentscher a greffé des lambeaux cutanés conservés depuis 24 à 48 heures dans une solution stérilisée à 0,6 0/0 de sel. 9 fois le succès a été parfait et la cicatrisation obtenue en moyenne dès le 10e jour ; 5 fois la cicatrisation a été retardée. 2 insuccès.

II. — Étude basée sur 116 cas de greffes par la méthode de Thiersch, à laquelle Auerbach, Jottkowitz et Schulthess ont apporté quelques modifications, pour la simplifier et en étendre les applications. Ils ont renoncé à cureter les surfaces qui doivent recevoir les greffes. Afin de diminuer la douleur qu'occasionne la prise des lambeaux sur un membre, ils appliquent un lien constricteur dessus, ce qui en même temps empêche les lambeaux d'être ensanglantés. Au pansement humide avec la solution salée physiologique, ils ont substitué un pansement sec à la gaze iodoformée ou, mieux encore, des compresses de toile imprégnées de pommade boriquée.

D'autre part, contrairement aux assertions d'Urban (*Deutsche Zeitschrf. f. Chirurgie*, XXXIV), ils ont reconnu que les greffes adhèrent parfaitement sur les tendons privés de leurs gaines et sur les os dépouillés de de leur périoste.

A l'inverse de Meyer (*Deutsche med. Woch.*, 1894, n° 16), ils n'ont jamais vu les lambeaux greffés se rétracter à la longue. J. B.

De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral, par J. BRAQUEHAYE (*Thèse de Paris, 1895, et Archives générales de méd., février 1895*).

Dans le traumatisme crânien, il y a, au point percuté, un cône de dépression. La paroi osseuse déprimée peut venir directement contusionner le cerveau. Il existe, au moment où se fait le cône de dépression, un soulèvement du reste de la voûte formé d'arcs multiples, allant du point percuté en un point quelconque de la base ; la réunion de tous ces points forme un ellipsoïde de soulèvement maximum et non un cône, comme on le dit depuis Duret.

La contusion par contre-coup est due à la projection du cerveau du côté opposé contre la paroi.

La théorie de l'aspiration du cerveau par la paroi crânienne formant ventouse est inexacte.

Dans les fractures et les plaies pénétrantes par armes à feu, le soulèvement de la paroi crânienne est à son minimum et le choc cérébral à son maximum.

Les lésions des vaisseaux sont dues à l'excès de pression intra-vasculaire au moment du traumatisme et ne peuvent être comprises par l'exagération de pression de liquide céphalo-rachidien.

Ces mouvements de translation seraient impossibles, si les liquides ne pouvaient fuir hors du crâne, ce que les graphiques indiquent.

A l'appui de la théorie que soutient l'auteur, sont reproduits quelques faits cliniques, dont l'examen corrobore ces conclusions expérimentales.

OZENNE.

Étude clinique sur 64 cas de trépanation du crâne, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Journal de méd. et chir. prat.*, *25 mai 1894*).

Les 64 cas opérés comprennent : 10 cas pour traumatisme, avec 3 morts ; 54 cas pour lésions non traumatiques, avec 7 morts ; ces 54 cas se divisent en 14 cas d'épilepsie vraie, 12 cas d'épilepsie jacksonnienne, 6 cas d'épilepsie, suite d'anciens traumatismes, et 22 cas de troubles cérébraux divers.

Relativement à l'épilepsie, C. est partisan de tenter les opérations ; car l'intervention peut être utile et à défaut de guérison radicale, le soulagement est toujours marqué. Si l'épilepsie a pour origine un traumatisme, les résultats sont très satisfaisants, mais à la condition que les lésions ne soient pas anciennes, les adhérences amenant des désordres graves et irrémédiables.

Les trépanations pour accidents cérébraux ont été les plus heureuses, 22 cas, 1 mort. Parmi les symptômes indiquant la trépanation se trouvent en première ligne les douleurs intra-craniennes, et les vertiges. Alors même que les accidents semblent avancés, ressemblant à la paralysie générale, on amène une atténuation marquée des symptômes.

C. conclut que la trépanation n'est pas limitée aux lésions localisées mais peut donner de bons résultats même dans les lésions étendues où dominent les phénomènes de compression. A. CARTAZ.

A case of fracture of the base of the skull, involving the cavernous sinus; operation, recovery, par WATSON (*Boston med. and surg. Journ.*, *24 janvier 1895*).

Un homme de 19 ans, à la suite d'une chute sur la tête d'une hauteur de 10 mètres, entre dans le service de Bullard, au Boston City Hospital, avec une fracture du crâne avoisinant la suture cervicale gauche. Opération : la région est largement mise à jour par une incision à lambeau semi-circulaire ; trépan ; de gros caillots s'échappent suivis d'une hémorragie profuse ; le nécessaire étant fait, on peut alors, avec le doigt, nettement percevoir un trait de fracture antérieur s'étendant diagonalement jusqu'à la selle turcique où se trouve l'une des sources de l'hémorragie, à la jonction de la veine ophtalmique et du sinus caverneux et, de plus, un trait de fracture latéral se dirigeant vers la portion pétreuse du temporal où jaillit la seconde source de l'hémorragie, probablement d'une des branches de l'artère méningée moyenne. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le jour après l'intervention, le patient redevient conscient ; il quitte l'hôpital le 28e jour en bonne santé. CART.

A case of unrecognized tumor of the centrum ovale in which trephining was done for the relief of intra-cranial pressure, par DILLER (*Medical Record*, *23 mars 1895*).

Un homme, ayant eu la syphilis dans son adolescence, est subitement pris à 38 ans d'attaques épileptiformes, surtout remarquables en ceci : de l'aphasie et une paralysie presque complète du bras droit pendant les quelques mi-

nutes qui suivaient les crises. Tous les traitements médicaux furent nuls dans leurs résultats, de sorte qu'au bout de 2 ans le malade se décida à demander l'intervention de la chirurgie. Trépanation à gauche, dans la direction de la scissure de Rolando : léger épaississement des méninges, sinon rien d'anormal ; aucune amélioration dans l'état du malade, qui succombe un mois après l'opération. A l'autopsie, on trouve située dans le centre ovale de l'hémisphère droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, de couleur noirâtre, dont l'examen histologique ne fut malheureusement pas fait. CART.

Traitement de la paraplégie du mal de Pott dorsal par le drainage latéral, par MÉNARD (*Revue d'orthop.*, *1er mars 1895*).

M. donne ici trois nouvelles observations de traitement de la paraplégie du mal de Pott par le procédé qu'il préconise depuis quelques années : la costo-transversectomie. Comme dans ses observations précédentes, il a vu rapidement réapparaître les mouvements volontaires des membres inférieurs après l'intervention. Les résultats thérapeutiques éloignés, c'est-à-dire ceux qu'il constate actuellement sur ses trois anciens opérés, sont satisfaisants relativement à la paraplégie qui n'a pas récidivé. CART.

A case of caries of the spine causing compression of the cord relieved by laminectomy, par NOBLE SMITH (*Brit. med. Journ.*, *p. 1232*, *1er décembre 1894*).

Observation intéressante d'une jeune femme de 31 ans, atteinte d'une carie de la 10e dorsale, avec symptômes de paraplégie spasmodique, hyperesthésie de la région lombo-sacrée, et anesthésie des cuisses et partiellement des jambes. Après des tentatives infructueuses d'immobilisation et de traitement médical, la laminectomie fut pratiquée : les lames vertébrales des 8e et 9e dorsales furent enlevées : on trouva un tissu de granulation qui comprimait la moelle. Le grattage permit d'en enlever la valeur d'une noisette environ. Dès le second jour de l'opération, les sensations de froid des membres inférieurs et l'anesthésie disparurent. La plaie guérit par première intention. Trois mois après, la marche devint possible : la guérison était complète le 5e mois. H. R.

Laminectomie dans un cas de fracture des vertèbres, par SALZER (*Weekbl. von het Nederl. Tydsch. voor Geneesk*, *17 novembre 1894*).

Un peintre fait une chute d'un bâtiment élevé. Sur le moment, il ne semble pas gravement atteint et peut continuer son travail. Au bout de quelques semaines, il devient graduellement paraplégique. On le traite pendant trois mois par le repos et l'extension, combinés avec le massage et l'électrisation, sans résultat. En raison d'une saillie de la 10e vertèbre dorsale, autour de laquelle on sentait de la fluctuation, on se décide à intervenir. L'opération est faite en deux temps, avec un intervalle de huit jours. Dans le premier temps, on ouvre les abcès par une incision allant de la 6e à la 12e vertèbre dorsale : pansement à l'iodoforme après lavage au sublimé. Huit jours plus tard, on enlève l'arc postérieur de la 10e vertèbre, puis de la 9e, 8e et 7e, sans trouver de lésion spinale appréciable. On détache également les lames des 11e et 12e vertèbres dorsales, ce qui permet de découvrir une luxation du rachis et un rétrécissement du canal rachidien. Malgré cette énorme perte de substance osseuse, la guérison fut obtenue, seulement le malade porte un corset en permanence. H. R.

Die Ausreisung der Nervns trigeminus..... (Traitement des névralgies rebelles du trijumeau par l'arrachement du nerf), par KAREWSKI (*Deutsche med. Woch. n° 52, p. 970, 1894*).

Pratiqué par Thiersch et Israël, l'arrachement du bout périphérique du trijumeau est destiné à remplacer les interventions de plus en plus graves auxquelles sont entraînés les chirurgiens par le fait des névralgies rebelles. L'auteur a eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois l'opération, et il a réussi, dans tous les cas, à arracher le nerf malade avec ses plus fines divisions. La guérison a été permanente dans tous les cas, sauf un seul où il s'agissait de sclérose des centres nerveux. H. DEBRINON.

De la persistance du conduit thyréoglosse avec remarques sur les kystes et fistules cervicales dus à des arrêts de développement, par Herbert E. DURHAM (*Medico-chir. Transact., LXXVII, p. 199*).

L'auteur a observé plusieurs cas de persistance du conduit thyréoglosse et se demande si on doit les confondre sous le titre de fistules branchiales donné actuellement à toutes ces lésions. Sur les trois cas opérés, deux ont été suivis de guérison ; le troisième a été suivi de récidive.

Les kystes dérivés du conduit thyréoglosse rentrent dans la classe des kystes dermoïdes et mucoïdes mixtes. Ils se reconnaissent aux signes suivants : position médiane, présence d'épithélium cylindrique cilié, perméabilité à travers le foramen cæcum ; présence de deux ouvertures, vestiges de la bifurcation primitive ; présence de follicules thyroïdiens ; connexions avec la glande thyroïde. Le premier point est absolument essentiel.

Le pronostic de ces kystes et fistules varie. On en a vu disparaître spontanément. Les traitements les plus divers ont été employés : ponction, incision, injections caustiques, cautères, électrolyse, excision ; le traitement doit être parfois très longtemps répété.

L'auteur conclut en disant que beaucoup des cas soi-disant de fistules branchiales ne sont en réalité que des cas de persistance du conduit thyréoglosse. H. R.

A case of abdominal aneurysm treated by laparotomy and the introduction of wire (fil d'acier) in to the sac ; death, par STEVENSON (*The Lancet, p. 22, 5 janvier 1895*).

Un homme de 25 ans était atteint d'une tumeur, ayant les signes d'un anévrisme, située à 2 pouces au-dessous du rebord costal gauche et à 3 pouces de la ligne médiane : la tumeur, du volume d'une orange, très mobile, fut diagnostiquée, d'après son siège, anévrisme de la mésentérique supérieure.

Le traitement médical ayant échoué, le 23 juillet 1894 on pratique la laparotomie : l'épiploon adhérait à la paroi abdominale et à la tumeur qui fut découverte sans grande difficulté. Un trocart fin avec sa canule est introduit dans la tumeur ; par la canule, du sang s'écoula aussitôt, et durant les 5 minutes que dura l'introduction d'un fil d'acier très fin, long de 2 mètres : la canule fut retirée, l'hémorragie s'arrêta. La plaie abdominale fut suturée. Dans la soirée survint une hémorragie qui souilla le pansement, et se reproduisit dans la nuit : le malade succomba 27 heures après l'opération.

L'anévrisme, très diminué de volume après la mort, par suite de la cessa-

tion de la tension du sac, était fusiforme, long de 6 pouces et large de 3 pouces : le sac, développé sur le tronc d'origine de la mésentérique supérieure, est rempli de caillots récents et solides, agglutinés dans les anses du fil. La cause de la mort reste assez mal déterminée. MAUBRAC.

Cancer de l'œsophage; gastrostomie, par SEGOND, et discussion (*Bull. Soc. chir.*, *XX*, *p. 812*).

Chez un malade de 68 ans, Segond pratique la bouche stomacale le plus près possible de la petite courbure et en un seul temps. Le malade ne perd pas une goutte de liquide et s'alimente fort bien. Il ne semble pas qu'il y ait avantage à opérer en deux temps.

Le Dentu et *Michaux* insistent sur la difficulté qu'on peut avoir à retrouver au fond de la plaie le pli stomacal, quand on cherche, le lendemain, à en pratiquer l'ouverture.

Cette recherche peut être facilitée par la pose d'un fil sur le point de l'estomac à ouvrir. Schwartz, qui a pratiqué quatre gastrostomies en deux temps, en usant de cette précaution, n'a eu qu'à s'en louer. ARROU.

Die Exstirpation des Oesophagusdivertikels, par KÖNIG (de Gottingue) (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 42*, *p. 947*, *15 octobre 1894*).

1° Homme de 50 ans chez lequel l'affection a débuté en 1892, après une grippe suivie de toux opiniâtre. Au côté droit du cou, tumeur remplissant l'espace creux limité par la trachée, le sterno-mastoïdien et l'articulation sterno-claviculaire. Le 10 juin 1894, extirpation du diverticule œsophagien. Incision oblique le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, de l'os hyoïde à l'échancrure sternale; section du peaucier avec l'aponévrose; refoulement du sterno-mastoïdien et des vaisseaux en dehors, de la trachée et du corps thyroïde goitreux en dedans, et section de l'omo-hyoïdien. Le diverticule mis à découvert est isolé presque uniquement avec des instruments mousses. Une partie du sac s'enfonçait dans la cavité thoracique ; dilaté, il avait les dimensions d'un gros poing d'homme; rétracté celles d'un œuf de poule. Une sonde, introduite par la bouche, transperça involontairement les parois du diverticule d'une minceur extrême au niveau de son collet. Extirpation par segments, de bas en haut, du diverticule, avec application immédiate d'autant de doubles sutures au catgut, l'une pour la muqueuse, l'autre pour la musculeuse et le tissu conjonctif qui lui est extérieur et qu'on invagine. Tamponnement de gaze iodoformée. Suture de la partie supérieure de la plaie tégumentaire. Durant les quatre premiers jours, seulement des lavements alimentaires, ensuite des liquides; à partir du dixième jour, du bouillon avec un œuf, puis bientôt des bouillies ; à partir du 10 juillet, alimentation solide. Ablation du tampon au bout de quatorze jours. Un peu de suppuration nécessite l'introduction d'un petit verre qu'on laisse une quinzaine ; jamais les boissons et aliments ne sont sortis par la plaie. Le 17 juillet, exeat.

2° Femme de 62 ans, maigreur squelettique ; début de la dysphagie, sans cause commune, il y a deux ans. Gonflement général du cou, s'étendant en avant, depuis le cartilage thyroïde, jusqu'à l'échancrure sternale et, sur les côtés, jusque sous les sterno-mastoïdiens qui sont soulevés. Cette vaste tumeur, arrondie, est plus grosse du côté gauche et a commencé au niveau de la portion gauche du larynx. Lorsqu'on presse sur la tumeur, elle disparaît en grande partie, en même temps que la bouche de la malade s'emplit d'aliments; il ne reste alors qu'un goitre mou. Opération le 20 septembre 1894. Auparavant, on a fait prendre un peu de purée à la femme, pour emplir son

diverticule. Celui-ci était recouvert en haut par une couche molle, d'apparence musculaire, qui se continuait en arrière, avec l'aponévrose prévertébrale qu'on incise pour pouvoir énucléer le sac. Les plus fermes adhérences du diverticule se trouvaient celles avec la gaine des vaisseaux sur le côté gauche du larynx. L'abouchement du diverticule dans l'œsophage était situé à la paroi postérieure gauche, immédiatement au-dessous du pharynx. Le diverticule extirpé offrait le volume d'un œuf de poule; à la face interne, il présentait des épaississements épithéliaux, par-ci par-là des pertes de substance cicatrisées et, au fond, une mortification de la muqueuse (*R. S. M.*, XL, 627, et XLIV, 651). J. B.

Neue Beiträge zur operativen Behandlung der Magenerweiterung, par Heinrich BIRCHER (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 18, p. 553, 15 septembre 1894*).

Depuis la première publication de Bircher (*R. S. M.*, XXXIX, 670) sur le traitement chirurgical de la gastrectasie, Rob. Weir (*R. S. M.*, XLI, 643) et Jos. Brandt (*R. S. M.*, XLIV, 652) ont relaté chacun une opération de ce genre. Bircher en publie 6 nouveaux cas :

1° Femme de 36 ans, atteinte depuis deux ans, à la suite d'un empoisonnement alimentaire, de dyspepsie avec vomissements et gastrorragies. Opération le 14 décembre 1891. Cicatrice circulaire au niveau du pylore; dilatation considérable de l'estomac à laquelle il est remédié par des plicatures. Santé parfaite depuis.

2° Femme de 41 ans, ayant depuis quinze ans de la gastralgie et depuis deux ans des vomissements alimentaires. Opération le 6 août 1892; plicatures comme chez la précédente. Au niveau du pylore, se trouvaient des cordons cicatriciels. La persistance des douleurs après manger nécessita, dès le 16 août suivant, une nouvelle laparotomie. Le calibre du pylore ne dépassait pas celui d'un crayon; pour l'agrandir, Bircher, à l'exemple de Heinecke, transforma par sa suture l'incision longitudinale en une plaie transversale, augmentant ainsi le diamètre de l'orifice pylorique aux dépens de sa longueur. Succès complet, persistant encore maintenant.

3° Homme de 35 ans, souffrant de l'estomac depuis vingt ans. Opération le 22 février 1893, le malade étant déjà très affaibli; immédiatement après, cyanose et refroidissement du corps qui obligent à introduire prématurément dans l'estomac des stimulants et des aliments. Le 6 mars, mort subite par anémie cérébrale, après un séjour debout trop prolongé. Extérieurement, la plicature était cicatrisée et le pylore induré offrait des cicatrices rayonnées. L'estomac incisé était vide, le pylore rétréci n'admettait que la pulpe du petit doigt. Les parois antérieure et postérieure présentaient chacune un ulcère avec rétraction des tuniques musculeuse et muqueuse à leur pourtour. Au niveau correspondant aux plis extérieurs, la face interne de l'estomac offrait un bourrelet de l'épaisseur du pouce avec muqueuse ridée comme celle du reste de l'organe.

4° Homme de 26 ans, malade de l'estomac depuis cinq ans et hypocondriaque. Le 22 juin 1893, Bircher pratique la gastroplicature; les parois de l'estomac étaient normales. Les symptômes dyspeptiques ne disparurent que lentement et il fallut encore traiter le catarrhe gastrique préexistant. Les digestions sont maintenant bonnes, mais l'hypocondrie persiste.

5° Homme de 48 ans, sujet par intervalles, depuis quinze ans, à des vomissements et à des douleurs. Gastrectasie nette et pylore plutôt dilaté que rétréci. Opération le 15 mars 1894. Parois stomacales amincies et atrophiques. Les deux courbures présentaient chacune une cicatrice blanche indurée. Deux mois plus tard, le poids du malade avait augmenté de 4 kilogrammes; son

suc gastrique, moins acide qu'avant l'opération, contient un peu d'acide lactique, mais ne semble pas renfermer d'acide chlorhydrique.

6° Femme de 34 ans, malade depuis dix ans. Suc gastrique suracide, sans acide chlorhydrique. Diagnostic de gastrectasie avec ulcère. Opération le 11 avril 1894. Estomac vertical, moins dilaté qu'il ne semblait; sur la paroi antérieure, à un travers de main au-dessous de la petite courbure, se trouvait un cordon large de 2 doigts, épais de 1 et long de 5 centimètres, qui se rendait au ligament rond; tout autour de son insertion, la séreuse gastrique présentait une infiltration gélatiniforme. Bircher réséqua cette bride, recouvrit de séreuse son point d'attache au ligament rond et forma un pli au niveau de son attache stomacale, de manière à prévenir une perforation de cette paroi infiltrée. Mort, dans le collapsus, au bout de cinq à six heures. Autopsie : aucune trace d'inflammation dans le champ opératoire. Paroi postérieure de l'estomac largement fixée au rachis par de vieilles adhérences péritonéales. Les parois gastriques sont épaissies et friables, autour de 3 ulcères presque cicatrisés, dont l'un siège au pylore. Poumons adhérents. Anémie intense de tous les viscères.

Le rapetissement de l'estomac par plicatures ne constitue qu'une partie du traitement chirurgical de la gastrectasie; souvent il y a lieu d'y adjoindre la section d'adhérences ou de rétrécissements. Les gastrectasies, pour lesquelles la gastroplicature est suffisante, sont celles provenant d'une atonie de la musculeuse, due soit à une affection stomacale, telle que le catarrhe chronique ou l'ulcère, soit à une maladie générale : anémie, chlorose, neurasthénie, hystérie et hypocondrie.

Quand la dilatation s'accompagne d'atrophie des parois et de rétrécissement pylorique, la pyloroplastie paraît être le complément nécessaire de la gastroplicature. Mais Bircher n'est pas d'avis de faire simultanément les deux opérations. D'abord, parce qu'il se peut que la gastroplicature se montre suffisante; ensuite, parce que la même incision ne saurait guère convenir à l'une et à l'autre, à moins qu'on ne pratique une incision à lambeau triangulaire, ayant son sommet à l'appendice xyphoïde; enfin et surtout à cause de l'état général des malades. Comme la pyloroplastie et la pylorectomie sont des opérations beaucoup plus dangereuses que la gastroplicature, Bircher préfère commencer par celle-ci dont il pose ainsi les indications : 1° dilatations par suite de troubles de l'innervation ou d'affection des parois stomacales (atonie, atrophie), quand l'inefficacité des autres traitements est démontrée; 2° dilatations partielles, formes anormales et déplacements de l'estomac ; 3° plaies résultant de la section d'adhérences; 4° points affaiblis de la paroi gastrique extérieure correspondant à des ulcères de la paroi interne en voie de perforation. J. B.

Pathological considerations on surgical interference for perforative ulcer of the stomach and duodenum, par T. KELYNACK (*Brit. med. Journ., p. 914, 27 octobre 1894*).

Le traitement chirurgical précoce des perforations gastro-duodénales est une vue de l'esprit très satisfaisante, mais dont la réalisation pratique est rare.

L'auteur établit d'abord la grande rareté de ces cas. Sur 3,471 autopsies relevées par lui à l'hospice de Manchester, il n'y avait que 157 cas de péri-

tonite, et sur ces 157 cas, 6 fois seulement perforation gastrique et 6 fois perforation duodénale.

De plus, la majorité des perforations se fait sur la paroi postérieure de l'estomac ou dans la région de la petite courbure : par suite, inaccessible aux opérateurs.

Enfin, pour les abcès du duodénum, la mort par hémorragie est infiniment plus commune que la péritonite. H. R.

Ulcère gastrique perforé traité par la laparotomie, la suture de l'estomac et le lavage du péritoine; guérison, par Thomas MORSE (*Med. chir. Transact., LXXVII, p. 187*).

Mlle C., âgée de 20 ans, souffrait depuis plusieurs mois immédiatement après ses repas. Jamais d'hématémèse. Le 7 décembre, après le thé, elle fut prise d'une douleur violente et vomit ses aliments. Quand l'auteur la vit, elle était au lit, froide et pâle; la respiration fréquente, le pouls misérable; l'inspiration très douloureuse. L'abdomen était distendu; la douleur à gauche de la ligne médiane et au-dessous du bord libre des côtes. Les organes pelviens étaient sains. L'auteur conclut à une rupture d'ulcère gastrique, fit la laparotomie immédiate 5 heures après le début des symptômes. Le péritoine fut trouvé plein de lait, de débris d'aliments et de mucus. L'estomac fut attiré au dehors et enveloppé de serviettes chaudes. On découvrit sur la face antérieure, près du cardia, une perforation circulaire; on vida complètement l'estomac. Puis l'ouverture fut fermée par une série de sutures de Lembert. Le péritoine fut alors lavé par un large courant d'eau chaude jusqu'à ce que celle-ci ressortît claire; tube à drainage et suture. Guérison. H. R.

Ueber zwei totale..... (Deux cas de résection totale de l'estomac chez l'homme), par LANGENBUCH (*Deutsche med. Woch., n° 52, 968, 1894*).

Langebuch a eu l'occasion de pratiquer 2 fois la résection totale de l'estomac; l'opération était nécessitée par un cancer occupant une partie importante de la paroi stomacale. Dans les 2 cas, 7/8e de l'estomac ont été enlevés; le succès a été complet dans le premier cas; la malade a été revue 193 jours après l'opération en pleine santé; elle avait repris 11 kilogrammes.

La seconde opérée a succombé 6 jours après l'opération par suite d'une péritonite locale causée par des tentatives d'introduction de sonde dans le duodénum: le tissu stomacal, dans ce cas, était tellement ramolli que les sutures cédèrent 3 jours après l'opération; c'est alors que l'on voulut essayer l'introduction d'une sonde dans l'estomac. Ces tentatives amenèrent la désunion de la partie inférieure de la plaie et la péritonite.

Les conditions de succès sont, d'après Langenbuch, le traitement extra-péritonéal des sutures : la partie suturée est isolée à l'aide d'une cravate de gaze iodoformée qu'on retire au bout de quelques jours; elle est fixée dans la plaie abdominale et recouverte seulement d'un lambeau de peau.

H. DE BRINON.

A case of perforation of the gall bladder (vésicule biliaire) following typhoid fever, successfully treated by abdominal section, par Monier WILLIAMS et Marmaduke SHEILD (*The Lancet, p. 534, 2 mars 1895*).

Le 12 septembre 1894, une femme de 31 ans, au 11e jour d'une affection fébrile indéterminée, est prise d'une douleur soudaine et très aiguë dans l'abdomen avec collapsus marqué: en même temps le pouls faiblissait, la tempé-

rature de 39°,2 tombait à 37°,2. On pensa alors que la malade était atteinte de fièvre typhoïde et que les accidents étaient dus à une perforation de l'intestin. Cependant les accidents se calmèrent, et durant la 3e semaine de la maladie, la température varia de 39°,2 à 39°,6 : le pouls restait à 110. La langue restait humide et propre. Durant la 4e semaine, la température tomba par lysis, et à la 6e semaine, la patiente était en convalescence.

Le 30 octobre, la malade ressent une douleur assez vive au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, et on trouve une zone du volume d'une orange, très sensible et mate à la percussion.

Le 31 octobre l'état général était grave : la température était à 39°,5, et le pouls à 140, très faible. On pensa de nouveau à une péritonite par perforation, et le 1er novembre M. Sheild pratique la laparotomie. La vésicule biliaire parut enflammée, d'une couleur brun-violet, dure, épaissie et adhérente, légèrement distendue. Sur la vésicule, près du col, était une ulcération plus large qu'une pièce de 2 sous. La vésicule était convertie en sac plein de pus et, en apparence, indépendante des canaux biliaires. L'extirpation de l'organe étant impossible, on nettoya la poche abcédée, et on sutura la partie ulcérée au péritoine pariétal. Drainage à la gaze. La guérison se fit sans trop d'incidents. Au cours de l'opération, on ne découvrit point de calcul biliaire.

MAUBRAC.

Des indications de la cholécystectomie, par VAUTRIN (*Revue méd. de l'Est*, n° 2, *p. 36*, *15 janvier 1895*).

La cholécystectomie est indiquée dans les cas où une altération des parois de la vésicule s'oppose au rétablissement de ses fonctions physiologiques (tumeurs, empyème.) Toujours possible dans le cas d'empyème, elle peut ne pas l'être dans le cas de tumeur.

La cholécystotomie est indiquée quand la vésicule peut être rendue à ses fonctions (lithiase, hydropisie, lésions traumatiques, fistules, etc.)

La cholécystotomie doit céder le pas aux opérations précédentes et non les supplanter ; c'est un pis aller opératoire.

La cholédochotomie et la cysticotomie sont indiquées pour les calculs des conduits ; elles peuvent être aidées de la cholélithotripsie.

Le drainage de la cavité sous-hépatique artificiellement fermée est la principale garantie du succès. LEFLAIVE.

I. — Ueber einen Fall von Duodenalstenose durch einen Gallenstein. Heilung, par A. SCHUELE (*Berlin. klin. Woch.*, n° *45*, *p. 1015*, *5 novembre 1894*).

II. — Präparat von Gallensteinileus, par NASSE (*Ibid.*, n° *39*, *p. 899*, *24 septembre 1894*).

III. — Demonstration eines Präparates von Choledochus-Stein, par W. KÖRTE (*Ibid.*, n° *42*, *p. 963*, *15 octobre 1894*).

I. — Femme de 35 ans, bien portante jusqu'en 1890 où elle eut une hématémèse sans troubles gastriques. Jamais d'ictère, mais depuis trois ans, par intervalles, quelques douleurs dans l'hypocondre droit. A partir d'avril 1894, à la suite du dernier accouchement, crampes stomacales et vomissements alimentaires, anorexie, soif, éructations et constipation. Etat à l'entrée, le 29 mai : la grande courbure de l'estomac descend jusqu'à 5 centimètres au-dessous du nombril et la petite courbure est un peu abaissée. Le foie dépasse de 3 travers de doigt le rebord des fausses côtes ; on ne sent pas la vésicule biliaire. Les lavages de l'estomac à jeun ramènent de nombreux restes d'ali-

ments non digérés et contenant de l'acide chlorhydrique libre. Le 8 juin, apparition brusque de violentes douleurs localisées à l'épigastre et suivies de vomissements alimentaires; on continue toujours les lavages quotidiens. Le lendemain soir, à 6 heures, collapsus (35°,5); ni météorisme ni sensibilité du ventre; réplétion de l'estomac malgré les vomissements et les lavages. Le jour suivant, même température basse, 116 pulsations. Les vomissements persistent et les lavages donnent issue chaque fois à de la bile. Dans l'après-midi, le collapsus est remplacé par un état semi-comateux. Urines normales, mais réduites en quantité (100 centimètres cubes par vingt-quatre heures). Jusqu'au 12, le coma ne fait que s'accentuer malgré la diurèse provoquée par des lavements d'eau. Le 13, le coma est moindre et la malade urine spontanément 2,200 grammes. Le 14, on trouve dans les selles un calcul conique, long de 2^{cm},7 et pesant 4 grammes et demi. Dès lors guérison rapide.

II. — Il s'agit d'une malade qui avait eu, en 1891, une suppuration grave de la vésicule biliaire avec formation de nombreuses adhérences. Lindner lui fit (*R. S. M.*, XL, 622) deux fois la cholécystotomie qui donna issue à du pus et à des calculs. Le calcul extrait lors de la deuxième opération était logé dans un cul-de-sac de la vésicule. La femme fut renvoyée avec une fistule. La bonne santé ne cessa que quand la fistule se referma. A l'entrée à l'hôpital, le 11 février 1894, toute intervention chirurgicale était impossible à cause de la débilité de la malade qui succomba dès le 20. Autopsie : vastes adhérences au niveau de la vésicule et des deux faces du foie; vésicule ratatinée, à muqueuse intacte, et ne renfermant ni calculs ni pus; cicatrice opératoire au niveau du fond de l'organe. Conduit cystique normal; à l'endroit où il s'unit avec le cholédoque, celui-ci contient un gros calcul, multiangulaire, du volume d'une noisette; cette portion initiale du canal cholédoque est enveloppée de fausses membranes calleuses. Un trajet fistuleux entre la vésicule et le duodénum expliquait l'absence d'ictère. Körte tire de ce fait les conclusions suivantes : 1° La présence d'un calcul dans le cholédoque est un fait extrêmement grave, alors même que l'écoulement de la bile peut encore s'effectuer. Donc, lorsqu'en cas d'obstruction calculeuse du cholédoque, on a suturé la vessie à l'intestin pour assurer le cours de la bile, on ne doit pas considérer les malades comme guéris. Ici la nature s'était chargée d'établir la fistule et il n'y avait pas de rétention biliaire. Mais le calcul a irrité les parois du canal et provoqué une angiocholite suppurée; en effet, le lobe gauche du foie était rempli d'abcès qui suivaient le trajet des canalicules biliaires, et c'est cette suppuration hépatique qui a causé la mort. On doit donc toujours s'efforcer d'enlever le calcul en incisant les parois du cholédoque. 2° La présence d'adhérences aussi dures peut empêcher d'arriver sur le cholédoque, et alors on n'a plus qu'à faire une opération palliative, la cholécystentérostomie.

III. — Homme de 69 ans, sujet depuis des années à des maux d'estomac. Il y a trois semaines, accidents d'étranglement interne qui rétrocédèrent bientôt. Six jours avant son admission, réapparition des mêmes phénomènes qui s'amendèrent les jours suivants, puis revinrent encore par accès. A la suite d'un de ces paroxysmes, le collapsus fut tel qu'on n'osa pas pratiquer la laparotomie et qu'on se borna à faire une colotomie droite qui soulagea beaucoup le malade; mais trente heures plus tard, les vomissements fécaloïdes recommencèrent et l'homme succomba dans le collapsus, sans qu'on ait fait le diagnostic de calcul biliaire. A l'autopsie, calcul biliaire plus gros qu'une noix, enclavé dans l'intestin à 1^{m},30 au-dessous du duodénum; à son niveau, la muqueuse était parfaitement normale. Le fond de la vésicule était occupé par un abcès putride qui communiquait avec le duodénum par un orifice récent, placé immédiatement au-dessous du pylore. Dans le canal cystique se trouvait aussi un calcul volumineux. L'intestin renfermait de la bile en abondance.

J. B.

Enormous gall stone, etc. (Calcul biliaire ayant entraîné de l'obstruction intestinale) par Everley TAYLOR (*The Lancet, p. 867, 6 avril 1895*).

Une femme, âgée de 56 ans, se présente à l'hôpital le 3 avril 1894, vomissant continuellement depuis 36 heures. Elle ne portait point de hernie, aucun organe ne paraissait malade, et plusieurs fois dans la journée des gaz s'échappaient par l'anus. Les vomissements persistèrent avec de la douleur abdominale et un état général grave jusqu'au 27 avril : à ce moment les vomissements devinrent stercoraux, l'abdomen très distendu, et par l'anus il ne s'échappait aucun gaz. On pratiqua la laparotomie. De l'intestin grêle, près du cæcum, on retira un calcul biliaire de $0^m,11$ de circonférence et de $0^m,05$ de longueur. La malade guérit sans aucun accident.

La malade avait souffert une seule fois, et très légèrement, de la région hépatique, quelques mois auparavant : il faut ici noter la longue durée des accidents avant que l'obstruction n'ait été complète. MAUBRAC.

On the disruption of impacted biliary calculi, including three cases in which a gall stone in the common duct was broken up by the needle, par E. PRIDGIN TEALE (*Brit. med. Journ., p. 237, 2 février 1895*).

Pridgin Teale insiste sur la nécessité de briser les calculs biliaires dans canal cholédoque, quand on ne peut pas les faire refluer vers la vésicule biliaire. Il vaut mieux les dissocier avec une forte aiguille à acunpuncture que de les broyer à travers la paroi du cholédoque, ce qui contusionne et peut ulcérer cette dernière.

A l'appui de cette pratique, il cite 3 observations : la première suivie d'un succès complet ; la seconde suivie d'une mort rapide, qu'il attribue à la dureté pierreuse du calcul et à la difficulté de la disjonction pendant l'opération La troisième observation est plus curieuse, en ce sens que le calcul une fois dissocié et réduit en petits fragments ne fut pas éliminé par les voies naturelles, mais suivit un chemin rétrograde et remonta dans la vésicule biliaire pour être éliminé plusieurs semaines après par la fistule biliaire persistante. Là encore, le succès ne fut que relatif. H. R.

Ueber Darmresectionen (Résection de l'intestin), par E. BECKER (*Deutsche Zeitsch. f. Chir. XXXIX, 1-2, p. 148*).

Trendelenburg a fait, dans le courant de ces 10 dernières années, un nombre important de résections intestinales ; Becker cite le chiffre de 33 opérations et de 24 guérisons. Sur les 9 décès, 8 sont dus à une péritonite suppurée généralisée ; mais dans 3 de ces cas cette complication existait avant l'intervention. Celle-ci n'est donc coupable que dans 5 observations. Pour les faits où il s'agissait de remédier à une affection aiguë, la mortalité a atteint le chiffre élevé de 43 0/0 ; pour les maladies chroniques, au contraire, elle ne dépasse pas 23 0/0. En ce qui concerne les hernies étranglées, l'auteur recommande, non pas la résection primitive, mais l'opération secondaire après établissement d'un anus contre nature. Quand on se conduit ainsi, la mortalité est bien moins élevée. Trendelenburg a opéré 2 fois pour iléus, avec 1 succès. Dans 4 interventions pour fistules stercorales, suite de pérityphlites, il y a eu 4 guérisons, malgré les difficultés de la résection dans certaines circonstances. A citer aussi un cas de résection pour rupture du côlon, consécutive à une contusion de l'abdomen.

23 malades avaient des rétrécissements fibreux de l'intestin et 2 sont morts ; 6 étaient porteurs d'une tumeur maligne de l'intestin et 2 ont succombé après la résection.

Trendelenburg emploie l'anesthésie à l'éther depuis 2 ans et sa table à inclinaison, points à noter. La technique varie naturellement suivant qu'il s'agit d'une intervention pour anus contre nature ou pour cancer, etc.

L'auteur décrit avec les plus minutieux détails la manière de faire du chirurgien allemand dans chacune de ces circonstances.

MARCEL BAUDOUIN.

Analysis of cases operated on with the aid of the Murphy button up to the present time, par John B. MURPHY (*Med. news, p. 141, 9 février 1895*).

La cicatrice obtenue avec l'emploi du bouton de Murphy, n'est pas rétractile. Le bouton, n° 2, de 22 millimètres, doit être employé pour la cholécystentérostomie. L'anastomose du petit intestin, soit bout à bout, soit latérale, doit être pratiquée avec le bouton, n° 3, de 25 millimètres. Pour le gros intestin, le bouton, n° 4, de 26 millimètres convient. Dans quelques cas de résection du rectum, on pourra se servir avec avantage d'un bouton de 29 millimètres.

Dans l'obstruction intestinale, la résection avec union bout à bout donne de meilleurs résultats que l'anastomose latérale : cette même opération sera toujours préférée, dans le cas de hernie gangrenée, ainsi que dans le cas de fistule fécale.

Le malade recevra des aliments liquides aussitôt que les effets anesthésiques auront disparu : on fera fonctionner l'intestin aussitôt que possible après l'opération. Si, au bout de 3 ou 4 semaines, le bouton n'a pas été expulsé, il faudra examiner le rectum, car le bouton peut être resté immédiatement au-dessus du sphincter.

On a rapporté un cas d'obstruction du bouton par un bouchon fécal : cet accident peut être évité par un léger purgatif, prescrit aussitôt après l'opération.

On replacera dans l'abdomen l'intestin en lignes parallèles pour éviter tout coude ou toute inflexion, surtout au niveau du point d'union.

Le danger d'obstruction par le bouton est nul : pas un seul fait n'a été cité ; le danger de l'extension de la zone atrophiée est également nul. Une suture de support n'est jamais nécessaire pour assurer la réunion des parties divisées, on ne l'emploiera que pour diminuer, s'il y a lieu, la tension des viscères réunis. MAUBRAC.

Résection et suture immédiate de l'intestin après 81 heures d'étranglement; guérison, par C.-B. LOCKWOOD (*Medico-chir. Trans., LXXVII, p. 193*).

Jeune homme de 17 ans. Pris de vomissements le 24 juillet, il ne tarde pas à voir s'arrêter toute matière et tout gaz par l'anus. Le taxis fut inutilement appliqué le 27. Le soir de ce jour, le malade, qui offrait tous les symptômes de l'obstruction intestinale, fut opéré. Le sac contenait du liquide trouble, du sang corrompu et exhalait une odeur stercorale; dans le liquide se trouvait le fragment d'intestin gangrené, étroitement étranglé à la partie supérieure, macéré, infiltré, offrant une petite perforation.

On pratiqua l'entérectomie et la suture immédiate. L'intestin gangrené fut attiré, le sac désinfecté et enfin la partie malade réséquée au delà des tissus atteints ou même douteux. Le sac fut garni d'éponges. Les deux tronçons furent réunis par des sutures de Czerny-Lembert et en outre par un rang de sutures continues. Les sutures séparées, à la soie, étaient au nombre de 20 environ, lavage général, sutures superficielles et drainage. Guérison.

H. R.

A constriction of the ileum by omphalo-mesenteric remains; partial enterectomy. recovery, par PUTNAM (*Medical Record, 16 mars 1895*).

L'intérêt de cette observation concernant un jeune homme de 16 ans atteint d'une obstruction intestinale à rechute réside en ceci que l'on intervint au 9e jour de la troisième récidive, alors que le patient présentait des symptômes aigus de péritonisme, et que la laparotomie fit voir que tous les phénomènes intestinaux survenus depuis plusieurs mois étaient provoqués par un « diverticulum de Meckel » étranglant l'iléon.

CART.

Gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy, par MONOD (*Bulletin Soc. chir., XX, p. 837*).

Monod rapporte un succès complet par l'emploi du bouton métallique. Cet instrument, qui offre aux aliments un défilé rigide, doit être supérieur à tout autre sorte d'anastomose. Une précaution utile, c'est de soulever et de fixer à l'estomac, par un ou deux fils, le bout du duodénum le plus rapproché du pylore. Les matières stomacales n'ont que plus de facilité à pénétrer dans le bout inférieur du petit intestin, et d'autre part le cours de la bile ne peut être gêné par cette petite addition au procédé ordinaire.

Après *Quénu*, qui insiste sur la nécessité de serrer vigoureusement les fils quand on emploie le bouton, *Chaput* fait remarquer que Billroth a déjà indiqué la modification qui consiste à soulever et à fixer à l'estomac le bout pylorique du duodénum. Lui-même a pratiqué cette manœuvre, mais en se servant d'une lanière iodoformée, qui, passant sous le petit intestin, venait se fixer plus haut, à la face antérieure de l'estomac.

ARROU.

Ueber circuläre Darmnaht (Suture circulaire de l'intestin), par Auguste BIER (*Archiv f. klin. Chir., XLIX, 4, p. 739-766, 1895*).

L'auteur préconise la suture de Lembert, à l'exclusion de toute autre méthode, d'après 14 observations personnelles (hernies, fistules, tumeurs et tuberculose intestinale). La résection des parties malades n'est faite, sauf dans les cas très favorables, qu'un ou plusieurs jours après l'établissement d'un anus artificiel et souvent sans narcose. Petite incision abdominale, ligature en masse du mésentère ; les deux bouts de l'intestin sont comprimés par une anse de fil ou de préférence par les doigts de l'assistant ; s'ils sont peu accessibles, ils sont attirés par deux fils placés symétriquement.

Bier commence la suture, suivant l'usage, par le bord mésentérique et place les fils des deux côtés jusqu'un peu au delà de l'insertion du mésentère, puis : 1° si l'intestin est mobile et accessible, il place les fils

suivants sur le point exactement opposé et met ensuite un fil au milieu de la partie des lèvres de l'incision qui reste encore libre ; on peut ainsi réunir deux lèvres très dissemblables ; 2° si l'intestin est peu mobile et sa paroi postérieure peu accessible, il place d'abord les fils sur celle-ci, par en dedans (Wölfler), puis procède comme plus haut.

Bier enfonce l'aiguille d'Hagedorn à 5 ou 6 millimètres de la lèvre de la plaie, la fait ressortir par cette lèvre et l'enfonce en sens inverse dans le deuxième tronçon d'intestin : pour les derniers points il la fait ressortir un peu plus tôt pour ne pas retrousser les lèvres de la plaie. L'opération ne dure que 15 à 25 minutes.

L'auteur repousse l'entéro-anastomose de Senn, sauf dans des cas particuliers (2 observations). MARCEL BAUDOUIN.

Case of perforation of the intestin during enteric fever treated by laparotomy, par Alfr. PARKIN (*Brit. med. Journ., p. 192, 26 janvier 1895*).

Femme de 32 ans, prise de symptômes de collapsus péritonéal au 21e jour d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne. Après un premier traitement médical (injection de morphine et d'éther) on procède à la laparotomie. A l'ouverture du péritoine, une grande quantité de gaz s'échappe par la plaie, ainsi que du liquide intestinal jaunâtre et trouble. L'exploration de l'intestin montre, à deux pieds du cæcum, une large ulcération présentant à son centre une perforation grosse comme une tête d'épingle. L'ulcération fut repliée sur elle-même et comblée par une suture de Lembert avec des fils de soie, puis le péritoine fut lavé à l'eau phéniquée et la plaie abdominale refermée. Amélioration considérable de l'état général pendant 3 jours : le 4e, retour des accidents péritonitiques avec collapsus et hyperthermie finale.

L'autopsie fit voir que la perforation ne s'était pas reproduite, mais que la péritonite s'était faite par propagation, autour des ulcérations amincies et volumineuses.

L'auteur rappelle que sur plus de 20 cas ainsi opérés, il n'y a eu qu'une guérison. H. R.

Contribution à l'étude des occlusions intestinales après les laparotomies, par ADENOT (*Gazette hebd. Paris, 16 mars 1895*).

L'auteur établit, en relatant quelques observations et quelques expériences, la possibilité de l'occlusion intestinale post-opératoire par suite de l'imperméabilité physiologique de l'angle colique sous-costal gauche.

Cette imperméabilité est favorisée par la fixité de l'angle colique maintenu par un ligament suspenseur formé exclusivement de tissu fibreux, par la compression de cet angle due à l'enclavement de quelques anses de l'intestin et par la disposition en V du côlon transverse.

On est donc autorisé, dans les laparatomies, à déplacer les anses de l'intestin dont la situation pourrait compromettre la perméabilité de l'angle colique, et si, après l'opération, il se produit des accidents d'occlusion qui n'auraient pas cédé au cathétérisme du rectum, on ne doit pas hésiter à rouvrir l'abdomen, pour rechercher quelle est la cause de l'occlusion, sans oublier l'examen de l'angle colique gauche. OZENNE.

Lésions de l'intestin par coup de pied de cheval; drainage pelvien chez l'homme, par R. FRŒLICH (*Mercredi méd.*, *13 mars 1895*).

Frœlich relate l'observation d'un enfant de 12 ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, fut atteint de péritonite par perforation de l'intestin. La laparotomie, faite au bout de 3 jours, montra un épanchement enkysté de matières fécales dans le petit bassin ; la cavité nettoyée, l'anse intestinale fut suturée et un drainage de Mikulicz fut institué ; mais ce drainage fut impuissant à assurer l'évacuation de la poche dans laquelle, par suite d'une nouvelle perforation, des matières s'accumulèrent les jours suivants, et des accidents de septicémie emportèrent le jeune malade.

Frœlich estime qu'en présence d'un épanchement dans la cavité pelvienne on pourrait obvier à ces accidents en pratiquant, au point le plus déclive, le drainage de cette cavité qui peut être établi de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Dans le premier cas, une sonde introduite dans le rectum, on fait une incision de 6 à 7 centimètres à droite sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique. On sectionne la peau, le tissu cellulaire, les insertions du grand fessier, puis, au-dessus du petit ligament sacro-sciatique, on traverse les fibres du pyramidal, si on ne peut le récliner par en haut. Les vaisseaux et nerfs sont situés plus bas et plus en dehors. On introduit le doigt dans la cavité pelvienne, on sent le rectum, on attire le péritoine immédiatement en dehors de lui avec une pince à griffes et l'on y pratique une boutonnière, à travers laquelle on place un gros drain ; le péritoine peut être suturé à la peau.

Si une laparotomie a été préalablement faite, on opère de dedans en dehors : avec une pince de Wœlfler, armée d'un drain en croix, on perfore les tissus au-dessus du petit ligament sacro-sciatique en se dirigeant en dedans et en bas et en rasant exactement le sacrum. La pointe de la pince affleure la peau au milieu de la ligne ilio-ischiatique ; une incision de la peau à ce niveau fait passer la pince armée de son drain, qui se trouve ainsi fixée dans la cavité par son extrémité en croix. OZENNE.

Zur radical Operation der inguinal Hernien im Kindesalter (Cure radicale de la hernie inguinale dans l'enfance), par BITTNER (*Archiv f. klin. Chir.*, *XLIX*, *4*, *803-834*, *1895*).

Statistique. — 38 cures radicales dont 4 bilatérales, 14 à droite, 16 à gauche.

4 opérations pour hernies étranglées, 2 à droite, 2 à gauche.

Aucune observation de hernie crurale chez les filles ni de hernie directe chez les garçons. La hernie contenait 0 fois le cæcum, 1 fois l'S iliaque, 1 fois l'épiploon, 1 fois un lipome. Le canal déférent est en général situé latéralement et en arrière. Quelques observations de hernies compliquées d'hydrocèle ; à ce propos se méfier de la transparence de la hernie elle-même chez l'enfant au point de vue du diagnostic.

Guérison définitive dans 23 cas, résultat inconnu dans 9 cas. Une récidive, une mort en 3 jours par tuberculose, une mort par hernie étranglée opérée *in extremis*.

Le plus jeune jeune opéré avait 6 mois, le plus âgé 10 ans, le plus

grand nombre avait 1 ou 2 ans. La hernie n'était apparue après l'âge de 1 an que dans 3 cas. Elle existait à la naissance dans 5 cas.

Manuel opératoire. — Méthode de Bayer modifiée.

Incision suivant la plus grande circonférence de la tumeur.

Après l'incision du crémaster rechercher le cordon, et à partir de ce moment ne se servir que de la sonde cannelée jusqu'à ce qu'on arrive sur le sac qu'on isole; tout au plus, au cas échéant, couper avec les ciseaux les adhérences du sac à la vaginale. Isoler le sac jusque dans le canal, réduire la hernie, après incision du sac au besoin; le lier, le réséquer si la communication du sac et de la cavité péritonéale est large, faire la suture en capiton du collet. Placer 5 à 6 fils sur la longueur du canal inguinal, se servir d'aiguilles très courbes, tant le plus possible la paroi interne, la paroi postérieure et la paroi externe. Au besoin inciser la paroi antérieure du canal, et suturer de même les sutures de l'incision superficielles et profondes; en cas de hernie testiculaire, réserver assez de tunique pour recouvrir le testicule. MARCEL BAUDOUIN.

Ueber Radicaloperation nicht eingeklemmenter Brüche und ihre Endresultate (Résultats définitifs de la cure radicale des hernies non étranglées), par BERESOVSKY (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XL, 3-4, 295*).

Cet important travavail, basé sur près de 3,000 cas, dont près de 200 proviennent de la clinique de Kocher, se termine par des conclusions qu'on peut résumer ainsi. On doit opérer toutes les fois que le patient le désire, car la mortalité de la cure radicale pour hernies non étranglées est aujourd'hui bien diminuée. Le volume et l'âge de l'hernie n'exercent aucune influence sur la durée de la guérison, ni sur la possibilité d'une récidive. L'âge du malade et la flaccidité de la paroi abdominale n'exercent aucune influence sur le résultat de l'opération; ils agissent seulement pour ce qui concerne la récidive. Ordinairement il n'y a pas récidive vraie, mais apparition d'une nouvelle hernie en un autre point. On peut opérer les hernies inguinales obliques chez les très jeunes sujets; mais il est indispensable de prendre certaines précautions : fermeture hermétique de la plaie; suture continue à points très serrés; pas de drainage; pansements au collodion, etc. Pour ces hernies, le procédé de Kocher serait supérieur aux autres. Le port d'un bandage après l'opération est généralement inutile, même chez les manouvriers. MARCEL BAUDOUIN.

Radical cure during operation for strangulated hernia, etc., par Robert O'CALLAGHAN (*Brit. med. Journ., p. 971, 3 novembre 1894*).

Le but de ce mémoire est de montrer que la cure radicale doit être tentée au cours des hernies étranglées, même chez des sujets âgés, dans les conditions les plus défavorables en apparence. Il publie trois cas de guérison chez des vieillards âgés de 74, 78 et 84 ans. Les points de pratique à retenir sont les suivants. Pour savoir si l'intestin, en apparence gangrené, doit être réséqué ou rentré dans l'abdomen, il conseille une douche chaude de l'intestin et du sac herniaire pendant quelques minutes, puis seulement après débride le collet du sac. Après quoi il tire l'anse intestinale et continue la douche chaude. Même avec l'apparence

brunâtre on voit sous cette influence la circulation se rétablir si la vitalité n'est pas éteinte, et l'on peut refouler l'anse. Dans le cas contraire il faut réséquer, suturer l'intestin et faire la cure radicale. H. R.

Un cas d'imperforation du rectum; modification au procédé opératoire par la voie périnéo-sacrée, par COMMANDEUR (*Mercredi méd., p. 603, 12 décembre 1894*).

Dans certains cas le cul-de-sac rectal, quoique situé à un niveau peu élevé, est séparé des plans superficiels par un plan fibreux qui empêche sa découverte. D'autre part, il peut être enfermé dans le péritoine de telle façon qu'on ne puisse pas l'aborder sans ouvrir la séreuse.

Fochier conseille alors le manuel opératoire suivant : 1° inciser comme d'ordinaire le périnée; réséquer le coccyx et au besoin une partie du sacrum. 2° Si alors, au lieu de l'ampoule, on ne trouve qu'un plan fibreux, l'inciser transversalement ainsi que le péritoine. 3° Aller à la recherche de l'ampoule et l'attirer à travers la boutonnière fibreuse jusqu'au niveau de la plaie cutanée. 4° Suturer les bords de la boutonnière péritonéale au péritoine du rectum. 5° Ouvrir le rectum et suturer sa muqueuse à la peau. LEFLAIVE.

I. — Vorstellung eines durch Mastdarmresection geheilten Falles von stricturirender Mastdarmverschwärung, par KNECHT (*Berlin. klin. Woch., n° 38, p. 878, 17 septembre 1894*).

II. — Discussion de la réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Ibid., p. 879*).

I. — Femme de 38 ans, syphilitique, ayant depuis son premier accouchement (1882) de la constipation et un écoulement de sang et de pus par l'anus ; en 1889, issue de gaz intestinaux par le vagin; la fistule recto-vaginale est opérée. A partir de janvier 1890, la malade est traitée par J. Wolff qui dilate d'abord son rétrécissement du rectum avec des bougies, puis fait la sphinctérotomie postérieure avec raclage des parties ulcéreuses. Mais dès la fin de la même année, cette femme était tellement affaiblie et amaigrie par ses souffrances que Wolff se décida à réséquer les régions malades du rectum, en enlevant le coccyx et la partie inférieure gauche du sacrum. A 3 centimètres au-dessus de l'anus commençait un rétrécissement long de 1 centimètre, n'admettant qu'une plume d'oie et à parois rigides ; au-dessus se trouvaient des ulcérations s'étendant sur 4 centimètres de hauteur. Wolff réséqua le rectum sur une longueur de 7 centimètres, libéra le bout central de ses connexions et le sutura circulairement avec la peau sur le pourtour de l'orifice anal. La réunion ne se fit pas par première intention et la guérison fut lente. Il resta à l'opérée un anus à ouverture très large par laquelle la muqueuse fait un peu hernie ; mais cette muqueuse est normale et il n'y a d'incontinence qu'en cas de diarrhée. A propos de ce cas, Arthur Schulz a réuni dans sa thèse inaugurale (*Die Pathogenese und Behandlung der stricturirenden Mastdarmverschwærung, Leipsig, 1893*) 20 cas de résection du rectum pour rétrécissements ulcéreux qui se décomposent en 15 guérisons parfaites, 4 guérisons incomplètes et 1 mort par hémorragie. Sur les 15 cas de guérisons, 6 seulement étaient durables, car aux autres il manquait une observation suffisamment prolongée. La guérison a été

constatée 2 fois au bout de 8 mois, 1 fois au bout de 1 an, 1 fois au bout de 14 mois et 2 fois au bout de 2 ans : ces deux dernières concernent le cas de Wolff ci-dessus et un cas d'Israël (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1883*); cela fait en somme 30 0/0 de guérisons durables. A ces 20 cas on doit ajouter celui de Herczel (*Wiener med. Woch., 1892, n° 27*) concernant un rétrécissement syphilitique de siège élevé opéré par la méthode sacrée. D'autre part, jusqu'à 1876, van Erckelens (*Arch. f. klin. Chirurgie, XXIII*) avait déjà réuni 48 cas de colotomie pour rétrécissements ulcéreux du rectum, parmi lesquels il a compté 30 morts dans les premières semaines après l'opération, 13 guérisons incomplètes et seulement 5 cas de guérison parfaite après une observation prolongée au moins 1 an. Knecht en a trouvé 21 autres; soit en tout 69 cas avec 7 guérisons persistant encore au bout de 1 an au moins, 25 guérisons opératoires sans renseignements après le départ des malades, 37 morts plus ou moins rapprochées de l'opération; en somme, 10 0/0 seulemen de guérisons durables; soit 20 0/0 en plus en faveur de la résection du rectum que de l'anus artificiel.

II. — Lindner remarque qu'à l'époque tardive où les malades se présentent, on n'a plus le choix de l'opération et on pratique la colotomie comme la plus bénigne. A la statistique de Knecht, il ajoute 2 femmes opérées par lui depuis plus d'un an; chez l'une d'entre elles, il n'a pas renoncé à fermer l'anus contre nature.

Hahn n'est satisfait d'aucune des opérations tentées contre la rectite ulcéreuse; l'état des opérés est toujours lamentable. La résection est évidemment l'idéal, mais jamais encore Hahn n'a rencontré un cas qui y fût propice ; il est en effet très rare que l'extrémité inférieure du rectum soit demeurée intacte. C'est l'amputation qui lui a donné les plus mauvais résultats; il est d'avis que c'est à la colotomie qu'il faut avoir recours, bien qu'elle procure rarement des guérisons complètes. Il a cependant revu, il y a peu de semaines, une femme qu'il a opérée il y a 9 ou 10 ans dans un état d'amaigrissement squelettique et qui jouit encore de la santé la plus parfaite.

Israël, qui pense avoir le premier préconisé la résection du rectum pour les rétrécissements ulcéreux, reconnaît qu'en fait il est très rare qu'elle soit indiquée. Il n'a eu qu'une seule fois l'occasion de la pratiquer, il y a 11 ans, mais le résultat en est encore parfait actuellement. D'un autre côté, chez une autre femme, Israël a constaté une grande amélioration à la suite d'une opération entreprise dans le but de fixer les limites du mal. Il s'agissait d'ulcérations remontant très haut dans le gros intestin chez une personne très débilitée. Israël, après avoir excisé le coccyx, fendit le rectum jusqu'à l'articulation sacro-coccygienne. N'ayant pu apercevoir la limite supérieure des ulcérations, il voulut utiliser cette incision exploratrice pour faire un traitement topique. Des lavages réguliers ont suffi pour cicatriser les ulcérations perceptibles à la vue ou au toucher et, fait singulier, il n'y a pas d'incontinence quand il n'y a pas diarrhée, parce que les deux moitiés du sphincter divisé s'accolent exactement. L'avantage de cette petite opération c'est que les sécrétions s'écoulent librement, tandis que les selles sont volontaires. Les coliques qui tourmentaient la malade auparavant ont disparu, et son état de santé est tel qu'elle a pu se marier. Cette femme n'a presque plus d'écoulement, mais seulement de temps en temps de la diarrhée qui tient aux ulcérations inaccessibles.

Kœrte mentionne 1 cas d'extirpation du rectum pour ulcérations syphilitiques

qui lui a donné un résultat merveilleux. Il s'agissait d'un rétrécissement long et très étroit, à 6 ou 4 centimètres au-dessus de l'anus et dont la malade souffrait depuis des années. Il ne fit d'abord que la colotomie, mais au bout d'une quinzaine la femme déclarait vouloir se suicider si on lui laissait son anus contre nature. Kœrte réséqua alors le rectum suivant la méthode de Kraske en conservant la portion anale sur une hauteur de 4 centimètres. Le coccyx et une partie de la moitié gauche du sacrum une fois enlevés, le rectum fut libéré d'adhérences vascularisées, dures, la cavité péritonéale ouverte et l'intestin disséqué de façon à pouvoir exciser toutes les parties malades. Le péritoine fut ensuite suturé autour de l'intestin et l'extrémité inférieure de celui-ci fixée à la portion anale. Il subsista seulement un point fistuleux qui a été obturé ultérieurement. Quelque temps après enfin, Kœrte referma l'anus artificiel. Cette dernière opération date de 3 ans et Kœrte a pu vérifier, il y a peu de jours, l'état de choses actuel. La continence sphinctérienne est parfaite; il reste une fistule donnant parfois passage à des gaz à l'endroit où la cicatrice adhère au sacrum. Le toucher rectal révèle qu'au niveau de la ligne des sutures, il s'est formé un léger rétrécissement franchissable au doigt ; au-dessus, comme au-dessous, la muqueuse intestinale est normale. Toutefois, Kœrte tient à noter que la résection du rectum pour syphilis est une opération infiniment plus grave et plus difficile que pour cancer, parce que le tissu environnant est cicatriciel, épais, souvent farci de petits abcès et très vasculaire ; il doit être séparé avec les instruments tranchants, et le sang jaillit de toutes parts.

Dans plusieurs cas où la région sphinctérienne était envahie, Kœrte a également extirpé le rectum, mais il n'a pas eu plus de succès que Hahn; il s'est toujours produit des rétrécissements annulaires. Kœrte a fait aussi plusieurs fois la rectotomie linéaire postérieure dont Israël s'est loué. Les résultats ont été bons, mais les malades doivent se garnir d'un peu d'ouate, parce que l'écoulement des sécrétions, quoique diminué, continue, et qu'en cas de diarrhée il y a incontinence.

Thiem a obtenu une guérison parfaite chez une femme à laquelle il a d'abord fait la colostomie; puis, après cathétérismes, lavages désinfectants et cure antisyphilitique, il a refermé l'anus artificiel. L'opérée jouit d'une santé parfaite depuis 3 ans, s'est mariée et a mis au monde un enfant bien portant.

Wolff, tout en félicitant Thiem de son beau succès, objecte que c'était jusqu'ici le seul cas où l'on ait pu obturer l'anus contre nature sans voir récidiver les ulcérations.

J. B.

Zur Operation des Mastdarmkrebses (Sur l'opération du cancer du rectum), par C. KOCH (*Munch. med. Woch.*, nos *6 et 7*, *p. 113-141*, *1895*).

D'après 5 cas de cancer du rectum opérés par la voie sacrée, modifiés par Bergmann, l'auteur conclut que cette méthode lui a été d'un grand secours. Elle est simple à pratiquer, donne un jour large dans le petit bassin et permet l'antisepsie exacte, même pour les cancers siégeant très haut. La résection du sacrum, quand elle est nécessaire, ne complique pas l'opération.

Le pronostic au point de vue des résultats immédiats est entièrement favorable, car on peut avec certitude éviter les infections tant primitives que secondaires de la plaie. Il est également meilleur au point de vue des récidives, car en sectionnant dans les tissus sains, on évite les réci-

dives par inoculation. Pour le point de vue fonctionnel, les méthodes actuelles ont encore besoin d'amélioration. C. LUZET.

Ueber einen seltenen Fall von retroperitonealer Cyste (Un cas rare de kyste rétro-péritonéal), par SCHÖNWERTH (*Münch. med. Woch., n° 2, p. 28, 1895*).

Une femme de 30 ans, après une chute sur le ventre, voit se produire peu à peu une tuméfaction du côté gauche, qui fit penser à un kyste du rein. On ne fit pas de ponction exploratrice, mais la laparotomie exploratrice, qui montra une tumeur rétropéritonéale. Après guérison on fit une incision lombaire qui, menant sur le rein, montra qu'il était sain. A l'incision verticale, on ajouta une incision horizontale qui découvrit un kyste contenant un liquide trouble, jaunâtre, épais, contenant des cellules graisseuses et des cristaux de cholestérine. Ce kyste siégeait dans la masse du procès et était environné d'une membrane ferme et épaisse. L'auteur pense qu'il s'agit là de la transformation kystique inusitée d'un hématome musculaire. C. LUGET.

Successful removal of a large tumor of the mesentery, par CAUTHORN (*Med. news, p. 401, 13 avril 1895*).

Un homme de 49 ans portait depuis 3 ans, dans l'abdomen, une tumeur, qui actuellement a le volume de 2 poings.

Le 17 janvier 1895, on pratique la laparotomie. L'intestin adhérait sur une grande étendue à la tumeur qui était contenue dans le mésentère. La tumeur, de consistance cartilagineuse, mesurait 16 centimètres sur 11 centimètres : elle fut excisée avec une portion d'intestin mesurant 43 pouces (1^m,10) : les deux bouts de l'intestin furent réunis à l'aide d'un bouton de Murphy. La guérison se fit sans entraves. Douze heures après l'opération, des gaz s'échappèrent par l'anus. Le 47e jour après l'opération, le bouton n'avait pas encore été expulsé. La tumeur était un sarcome. MAUBRAC.

Phlegmon péri-ombilical dû à une concrétion sébacée expulsée spontanément, par MARAIS, rapport de TILLAUX (*Bull. Soc. chir., XXI, p. 46*).

L'affection a débuté par une lymphangite localisée au pourtour de l'ombilic, sans trace d'abcès collecté. Soignée par des topiques, sans incision, elle a fini par guérir. Mais au cours de son affection, le malade a trouvé un soir, dans son pansement, une concrétion du volume d'une petite noisette, que l'analyse a montrée formée de matière sébacée. Le rapporteur croit que la grande majorité des phlegmons périombilicaux relèvent d'une lésion locale de l'ombilic, entretenue par la malpropreté. Ces suppurations sont sous-cutanées, développées en avant de l'aponévrose; c'est une rareté que le type sous-péritonéal tel que l'a décrit Heurteaux dans son mémoire.

Gérard-Marchant cite cependant un cas d'abcès à gonoccoques, localisé dans les tissus sous-aponévrotiques. De même, *Segond* rapporte 2 cas d'abcès sus-ombilicaux, dont le siège était dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le rapporteur, qui n'a jamais nié ces sortes de suppurations profondes, insiste cependant sur leur rareté. ARROU.

Zur Pathologie und Therapie der Paratyphlitis, par AUFRECHT (*Therap. Monatsh., n° 5, p. 226, mai 1895*).

L'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire rétro-cæcal, dépendant d'une lésion appendiculaire, exige une intervention chirurgicale

rapide, si l'on veut, éviter la prolongation de la suppuration avec ses complications (abcès sous-phrénique, empyème).

Le traitement médical donne de meilleurs résultats lorsqu'il y a atteinte du péritoine. La paratyphlite simple n'est justiciable du traitement chirurgical que lorsqu'on perçoit en un point quelconque de la fluctuation. Lorsqu'il y a menace d'iléus, l'injection de morphine peut guérir dans les cas à marche lente; la laparotomie convient dans ceux à évolution rapide. En dehors de ces indications, la plupart des cas de paratyphlite relèvent de la médication interne, dont le principe essentiel est d'assurer le repos absolu de l'intestin. P. TISSIER.

Pylorectomy for supposed cancer, etc., par T. JESSOP (*Brit. med. Journ., p. 189, 26 janvier 1895*).

Femme de 49 ans, vomissant tout ce qu'elle prend et présentant au niveau de la région épigastrique un nodule induré correspondant au pylore. Après un traitement médical infructueux, on décide l'opération. L'extrémité pylorique de l'estomac et le duodénum sont attirés hors de la plaie, et la région du pylore est réséquée sur une étendue d'un pouce et demi, et les bords de section du duodénum et de l'estomac suturés avec des fils de soie, au moyen de la suture de Lembert. Suites régulières de l'opération, guérison complète, durant encore 3 ans après l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic clinique était cancer : histologiquement, la tumeur était de structure fibreuse, traversée par des amas de cellules rondes. H. R.

Large pelvic hydatid successfully treated by perineal incision and drainage, par Reginald HARRISON (*The Lancet, p. 92, 13 avril 1895*).

Un homme de 45 ans souffrait depuis 9 ans de troubles divers du côté du rectum et de la vessie. On trouvait une tumeur volumineuse occupant le bassin et la partie inférieure de l'abdomen, et s'étendant presque jusqu'à l'ombilic.

On pratiqua, sur le périnée, l'incision de la lithotomie latérale, mais sans toucher à l'urètre, et on parvint jusqu'à un kyste hydatique duquel on retira plus de 2 litres de liquide, contenant de petits kystes. La cavité se rétracta graduellement, et la plaie guérit.

Durham fait remarquer que, dans ce cas, le kyste était situé dans les tissus fibreux qui séparent la vessie du rectum. Il a opéré un cas semblable, mais par la voie abdominale : le kyste fut ouvert, vidé, et ses parois fixées à la paroi abdominale : le patient succomba le quatrième jour, par suite d'une péritonite aiguë.

Targett admet que tous ces kystes ont leur origine entre la couche musculaire de la vessie et l'aponévrose recto-vésicale. MAUBRAC.

Behandlung der Hämorrhoiden, par ROUX (*Therap. Monatsh., p 124, mars 1895*).

Aux méthodes sanglantes, l'auteur préfère l'injection dans chaque hémorroïde de 2 gouttes d'une solution d'acide phénique dans la glycérine à 50-80 0/0. Opération simple, sans douleur, donnant d'excellents résultats. P. TISSIER.

Traitement de la tuberculose génitale par les injections de chlorure de zinc, par DESNOS (*France méd., p. 759, 7 décembre 1894*).

La méthode sclérogène est applicable à la tuberculose génitale. Autour des lésions de l'épididyme, on fait à de longs intervalles des piqûres de deux gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10 ou 1/20. La réaction inflammatoire est violente et douloureuse. Même dans les cas les plus favorables, il reste toujours une induration fibreuse, cicatricielle, après la résorption des produits morbides.

Pour la prostate, on peut aborder les lésions par le rectum (antisepsie douteuse), par la face supérieure après la taille hypogastrique (exceptionnel), par le périnée à l'aide d'une incision analogue à celle de la taille prérectale (de préférence). Dans ce dernier cas il ne faut pas suturer, et il est bon de laisser un drain dans la plaie. Le travail de réparation dans la prostate est tel que les lésions peuvent disparaître sans laisser de traces appréciables.

Dans le cas d'accidents aigus, il faut s'abstenir; une urétrite chronique n'est pas une contre-indication. LEFLAIVE.

Hernie vésicale extrapéritonéale, par Ernest MICHELS (*Medico-chir. Transact., LXXVII, p. 229*).

Homme de 48 ans, porteur d'une double hernie inguinale. La cure radicale fut faite à gauche avec succès le 30 septembre 1893. Le 28 octobre on opéra la hernie droite, petite et presque entièrement réductible; les enveloppes étaient confondues, mais on y distinguait des fibres musculaires; le soi-disant sac fut ouvert et trouvé vide, laissant seulement s'écouler un peu de liquide jaune clair. Le sac fut isolé, suturé, réséqué et réintroduit dans l'abdomen. Peu après, le malade se plaignit de soif, de douleurs hypogastriques; l'urine était sanguinolante, le sac était un diverticulum de la vessie. La plaie fut rouverte. On sutura la vessie; sonde à demeure. Guérison. H. R.

Des hernies inguinales et crurales de la vessie, par JABOULAY et VILLARD (*Lyon méd., 24 février 1895*).

Etude des hernies de la vessie d'après les travaux antérieurs et un certain nombre d'observations personnelles.

Les auteurs distinguent trois variétés : Cystocèles extrapéritonéales, parapéritonéales, intrapéritonéales. D'une façon générale les causes de ces hernies sont la distension de la vessie, le défaut de la contractilité du réservoir et l'effort. Dans les cystocèles extrapéritonéales, ces trois causes sont bien mises en relief, et c'est en général l'hypertrophie prostatique qui en est le premier facteur.

Pour les cystocèles parapéritonéales, J. et V. pensent que la vessie ne fait que suivre l'intestin et que la cystocèle est toujours consécutive à l'entérocèle.

Pour les hernies intrapéritonéales le déplacement est dû à un mouvement de bascule, causé surtout par la distension et le défaut de contractilité.

Chez la femme, la grossesse, les fibromes utérins remplacent la cause fréquente chez l'homme, le prostatisme.

J. et V. signalent enfin les cystocèles opératoires dues évidemment à des tractions sur des sacs herniaires.

4 obs. personnelles. A. C.

Exfoliation of the mucous and submucous coats (tuniques) of the bladder (vessie), par Alexander STEIN (*New York med. Journ., p. 150, 2 février 1895*).

Stein a pu réunir plus de 50 cas d'exfoliation de la muqueuse vésicale: on a noté non seulement l'exfoliation en masse de la muqueuse, mais aussi celle de la tunique musculaire. Dans un cas, la tunique muqueuse s'est détachée sous forme de sac, et quelques jours plus tard, une portion de la couche musculaire a été rejetée.

Le principal facteur étiologique de cet accident est la rétention de l'urine. De ces 50 cas, 45 ont été observés chez la femme : ici la rétention était due à la rétroversion d'un utérus gravide, ou à la compression exercée par la tête de l'enfant durant l'acouchement. Les fragments expulsés donnaient au toucher une sensation rugueuse et étaient infiltrés de sels phosphatiques. Chez la femme le pronostic est assez bénin : la muqueuse est souvent expulsée par l'urètre, en masse, et l'accident est dès lors terminé.

Chez l'homme le pronostic est plus grave, en raison des conditions, graves par elles mêmes, qui amènent l'exfoliation, indépendantes du trouble vésical. La guérison est survenue, même dans des cas désespérés, mais il persiste des troubles de coordination entre les forces de rétention et d'expulsion de la vessie. MAUBRAC.

Résultats éloignés de la cystotomie sus-pubienne (opération de Poncet); étude critique basée sur 63 cystotomies, par E. LAGOUTTE (*Gaz. hebd. Paris, 17 novembre et 8 décembre 1894, et Thèse de Lyon, 1894*).

Il faut opérer les prostatiques atteints d'accidents graves. Les succès sont nombreux, incontestables, et nul autre mode de traitement ne peut sauver de tels malades.

L'infirmité qui résulte, chez un assez grand nombre de cystostomisés, de l'incontinence partielle ou totale du méat abdominal ne saurait être une contre-indication à l'opération qui vise avant tout des complications plus ou moins rapidement mortelles. Lorsque cette incontinence existe, elle est rendue aisément supportable par le port d'urinals appropriés.

LEFLAIVE.

Kyste hydatique du rein droit probable....., par ROUSSEL (*Loire méd., 15 février 1895*).

Ce fait concerne une jeune fille qui, depuis 1887, a rendu, à plusieurs reprises, à la suite de coliques néphrétiques et par les voies urinaires, un certain nombre d'hydatides de grosseur variable. L'urine ne présente aucune autre altération. Comme siège du kyste on peut se demander s'il siège dans le rein ou dans le foie, d'où il s'évacuerait par communication avec le bassinet. OZENNE.

Deux cas d'uretéro-lithotomie, par Edward COTTERELL (*Medico-chir. Transact., LXXVII, p. 255*)

A deux cas personnels l'auteur joint le résumé de 10 autres observations analogues et arrive aux conclusions suivantes : Dans 3 cas, la pierre siègeait à environ 2 pouces au-dessous du rein; dans 3 autres, à l'extrémité inférieure de l'uretère (ces 3 cas chez des femmes); enfin dans les 6 autres cas, elle occupait les environs du bord du bassin, au niveau du col de l'uretère. 10 guérisons ont suivi l'intervention, sur 12 cas. Les 2 autres cas ont été suivis de mort.

La portion inférieure de l'uretère peut être explorée, chez la femme par le vagin, chez l'homme par le rectum. On peut encore sentir la pierre à travers la paroi abdominale, si le calcul est volumineux et le sujet maigre. Enfin le siège de la douleur peut parfois indiquer la situation du calcul.

Dans le cas de pierre voisine du rein, on fait généralement la néphrotomie, par erreur de diagnostic, et on peut alors rechercher le calcul par cette voie. Si la pierre siège plus bas, on peut faire une incision comme pour lier l'artère iliaque primitive.

Les 2 ou 3 pouces inférieurs de l'uretère peuvent être atteints chez la femme par une incision vaginale, sans ouvrir le péritoine, ce qui est préférable à l'extraction par la vessie. Si un cas semblable se rencontrait chez l'homme, on pourrait faire l'incision de Zuckerkandl pour l'ablation des vésicules séminales, incision périnéale semi-circulaire, séparation de la surface antérieure du rectum, incision de l'élévateur de l'anus comme pour dénuder la prostate. Puis en même temps on introduirait une sonde dans la vessie et celle-ci viendrait faire saillie dans la plaie.

Il ne paraît pas nécessaire de suturer l'uretère; il faut seulement avoir soin de faire l'incision petite. En effet les plaies de l'uretère se ferment très vite, et des sutures pourraient devenir le noyau d'un nouveau calcul.

H. R.

Ueber Ureteritis cystica, par KAHLDEN (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat., XVI, p. 562*).

Dans les kystes de l'uretère se voient de gros corps se colorant en rouge par l'éosine; les uns sont enveloppés d'une membrane hyaline, les autres sont libres, d'autres sont ramifiés d'une façon très compliquée mais tous sont porteurs de pigment jaune d'or. D'autres corps se colorent par l'hématoxyline et pas du tout par l'éosine. Ces corps ont les caractères des myxosporidies et de plus, cette hypothèse se trouve soutenue par les faits suivants : 1° la croissance régulière de ces corps que l'on suit chez les corps rouges, depuis les plus petits jusqu'aux plus gros en passant par toutes les formes intermédiaires ; 2° la différenciation d'un ecto- et d'un endoplasma, commune à beaucoup de protozoaires; 3° les inclusions de ces corps qui peuvent être considérées comme des sporulations; 4° l'inclusion de pigments qui, par la position et la forme, se rencontre chez beaucoup de rhizopodies, d'hélizoaires et de myxosporidies.

C. LUZET.

De l'orchite pneumonique, par PRIOLEAU (*Mercredi médical, p. 439, 5 septembre 1894*).

Un vieillard, sans aucun antécédent génital récent ou ancien, est atteint d'une pneumonie serpigineuse durant du 2 au 14 mars. Le 17 mars, il est pris de douleurs dans le testicule gauche avec frisson et fièvre; il se fait un abcès testiculaire qui doit être ouvert. Enfin, le 15 avril, il est pris d'une nouvelle pneumonie dont il meurt.

L'examen bactériologique du pus de l'abcès a décelé l'existence d'un diplocoque semblable à celui de Talamon-Frænkel; cependant les inoculations à la souris, faites il est vrai un peu tardivement, sont restées négatives.

LEFLAIVE.

Ein Fall von Prostatahypertrophie..... (Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration), par Robert LUETKENS (*Deutsche med. Woch., n° 5, p. 82, 1895*).

Il s'agit, d'un homme de 65 ans, souffrant depuis plusieurs années de troubles de la miction. Après s'être longtemps sondé lui-même, le cathétérisme était devenu très difficile et s'accompagnait presque à chaque fois d'hémorragie; la prostate présentait le volume d'un œuf de poule. La castration est pratiquée le 10 octobre, ce n'est que dix jours après l'opération que la prostate commence à diminuer. Le 6 novembre, au moment de la sortie du malade, le lobe gauche avait entièrement fondu, le lobe droit avait le volume d'une petite noix; l'examen pratiqué le 4 mars a montré la guérison complète et le retour à l'état normal. Les fonctions urinaires suivaient la même progression heureuse et, dès le 20 octobre, dix jours après l'opération, le malade n'avait presque plus besoin de cathétérisme; depuis les fonctions sont complètement rétablies.

H. DE BRINON.

I. — Castration for the cure of hypertrophied prostate, par J. William WHITE (*Brit. med. Journ., p. 12, 5 janvier 1895*).

II. — Même sujet, par James SWAIN (*Ibidem*).

I. — William White publie quatre nouvelles observations de castration pratiquée sur des vieillards atteints d'hypertrophie prostatique avec rétention d'urine et ammoniémie, suivie d'une amélioration considérable.

II. — Swain ajoute un fait du même genre. Homme de 73 ans, souffrant depuis 5 ans d'une hypertrophie de la prostate avec cystite douloureuse et urines ammoniacales. En raison de l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate, on pratique la castration totale. Au bout d'une semaine, la prostate semble déjà un peu moins volumineuse; dans les trois semaines suivantes, l'atrophie de l'organe se dessine de plus en plus et l'on peut renoncer au cathétérisme. Treize mois après l'opération, les fonctions vésicales sont revenues complètement.

H. R.

I. — Report of cases of castration for the relief of prostatic hypertrophy, par WATSON (*Boston med. Journ., 17 avril 1895*).

II. — A case of castration for hypertrophied prostate, par GAVIN (*Ibidem, 2 mai 1895*).

III. — Hypertrophy of the prostate, par HAYNES (*Med. Record, 11 mai 1895*).

IV. — Double castration for hypertrophy of the prostate gland, par HAYDEN (*Ibidem*, *18 mai 1895*).

I. — 1° Homme de 58 ans, vieil urinaire, miction très difficile, rétention à son entrée à l'hôpital. Les lobes latéraux de la prostate sont très hypertrophiés, durs. Castration des deux testicules. Au bout d'un mois, la prostate était devenue plus petite que normalement. Le patient se disait rajeuni de dix ans;

2° Homme de 69 ans. L'ablation des deux testicules fut faite par une seule incision médiane, mode opératoire qui diminue la longueur de l'intervention, Le lobe médian de la prostate est hypertrophié; il existe une cystite purulente; l'état général du patient est mauvais. Au bout de six mois aucun changement notable, ni localement, dans la prostate, ni généralement. Le cas ne saurait être tenu pour un succès;

3° Homme de 70 ans, entre à l'hôpital avec des phénomènes de rétention urinaire très graves. La prostate est énorme. La castration est faite dans de très mauvaises conditions générales. Mort trois jours après l'intervention.

II. — Un homme de 69 ans entre au Boston City Hospital en mai 1894, avec des troubles de la miction. La prostate a le volume d'une orange. Les troubles urinaires augmentent graduellement en intensité et en gravité. Castration. Huit heures après l'intervention, le patient urine volontairement pour la première fois depuis des semaines. Suites opératoires nulles. Trois semaines après la castration, la prostate avait diminué de moitié.

III. — Un homme de 63 ans atteint d'une hypertrophie de la prostate avec miction impossible sans la sonde, subit l'ablation d'un testicule tuberculeux. Sous l'influence de cette intervention, la prostate se réduisit considérablement, l'un de ses lobes même s'atrophia. H. ne publie du reste ce fait que comme contribution à l'étude de l'atrophie de la prostate suite de la castration, bien que dans le cas présent l'opération n'eût pas été faite dans ce but.

IV. — Homme de 70 ans, sans antécédents vénériens, atteint depuis 5 ans de troubles de la miction s'aggravant progressivement. La prostate est très dure, lisse et deux fois plus grosse que normalement. L'examen minutieux des organes génito-urinaires du patient démontre que les difficultés de la miction sont provoquées par l'hypertrophie de la portion médiane postérieure de la glande plutôt que par une hypertrophie générale de la prostate. Ethérisation, double castration; pas de suites opératoires. Un mois après l'intervention, le malade se déclare exempt de toute douleur; il urine aisément; la prostate a considérablement diminué de volume. CART.

A monograph of diseases of the breast (sein), par W. Roger WILLIAMS (*Un vol 450 p., Londres*, *1894*).

Dans l'article analytique de cet ouvrage paru dans le dernier numéro, XLV, p. 660, il s'est glissé quelques erreurs de chiffres.

Au lieu de « en 1840 mouraient 2,786 cancéreux, soit 177 pour 1,000 habitants; en 1891, on trouve 20,117 morts par cancer, soit 692 pour 1,000 » lire pour 1,000,000 (un million) d'habitants et non 1,000.

Plus loin, sur 30 opérées, on trouve 40 0/0 de morts avant la fin de l'année. Lire : avant la fin de la troisième année.

Du lipome de la langue, par P. VERGELY (*Archives clin. de Bordeaux, février 1895*).

Chez un vieillard de 70 ans, atteint de catarrhe bronchique, V. observa par hasard des tumeurs multiples de la langue, formant, au nombre de 7 à gauche, 5 à droite, une série de petites saillies jaunâtres, du volume d'un grain de chenevis à un pois, indolentes et ne gênant aucun mouvement de la langue. L'examen histologique de la plus grosse enlevée montra la nature lipomateuse.

V. étudie, dans ce travail, d'après l'observation précédente, cette variété rare de tumeur. Il n'a pu en effet en relever que 18 cas dans la science : 3 fois la tumeur était congénitale, les autres avaient été observées à divers âges, sans qu'on ait jamais pu rien noter au point de vue de l'hérédité ou de l'étiologie; dans certains cas (congénital) elle a paru succéder à un angiome.

Ces tumeurs siègent sur les bords, sont sessiles, de volume très variable (d'un grain de chenevis à un œuf de poule), le plus souvent sous-muqueuses, quelquefois logées dans le tissu musculaire.

V. discute le diagnostic, souvent fort délicat, de ces néoplasies et donne 'indication bibliographique de tous les cas connus. A. CARTAZ.

I. — Notes on a case of successfull splenectomy, par James MURPHY (*Brit. med. Journ., p. 979, 3 novembre 1894*).

II. — Splénectomie, par CECI (*Il Policlino, 15 août 1894*).

I. — Femme de 45 ans. Influenza deux ans auparavant, suivie d'un état fébrile persistant et d'une paralysie momentanée du bras droit. Plus tard, douleurs à l'hypochondre gauche, amaigrissement, oppression et cyanose, mal expliqués par l'examen du cœur et des poumons : on s'aperçoit que la rate est volumineuse. Il existe une hypertrophie énorme de l'organe qui est inégal, induré et mamelonné, douloureux à la pression, sans leucocythémie. L'opération est laborieuse, à cause du volume énorme des veines même superficielles, et des adhérences du péritoine et du côlon transverse. Au moment de l'énucléation de la rate, quand on la tire en dehors, la malade manque de mourir dans le collapsus. Le pédicule est lié séparément en quatre ligatures comprenant une partie seulement du paquet vasculo-veineux : la partie moyenne est assujettie par un fil de soie. Après l'opération, le collapsus est tel que l'on ne fait pas le lavage du péritoine et qu'on se hâte de suturer. Néanmoins elle se remet du choc, vomit peu; la cyanose persiste à un haut degré. Guérison. La rate hypertrophiée contenait un abcès : le tissu du parenchyme était sclérosé.

II. — La première observation concerne une fille de 16 ans, infectée par la malaria, et présentant une volumineuse tumeur de la rate, sans leucocythémie, et sans présence de sucre ou d'albumine dans l'urine. Opération peu sanglante qui dure 2 heures. Vomissements pendant les 3 premiers jours, puis développement, vers le 5e jour, d'une pleuropneumonie. Malgré cette complication, guérison complète.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de 13 ans, ayant une hypertrophie splénique essentielle depuis 2 ans, consécutive à un traumatisme abdominal. Opération, guérison rapide. H. R.

Tolérance du tissu pulmonaire pour les corps étrangers, par M. STANKIEWICZ (*Medycyna, 1er décembre 1894*).

Au mois de juin 1889, un homme de 44 ans s'est tiré un coup de fusil dans le côté droit de la poitrine. La plaie d'entrée s'est trouvée entre la première

et la deuxième côtes. La toux, la dyspnée et l'hémoptysie se compliquèrent le 5e jour par l'apparition de la fièvre et d'une douleur localisée à l'angle interne de l'omoplate droite. L'auteur pratiqua le 8e jour une incision de cette dernière région et put extraire une balle englobée dans du pus et dans des débris osseux; le malade guérit. Trois ans après la blessure, il entra, pour une affection gastro-intestinale, à l'hôpital, où il mourut. A l'autopsie, on constate des adhérences au niveau du sommet du poumon droit, le sommet contient, au milieu d'une dense cicatrice, un morceau de bois de 5 centimètres de longueur sur 1 1/2 d'épaisseur. H. FRENKEL.

Zur Frage der Behandlung der Kniegelenktuberculose (Traitement de la tuberculose du genou), par HERBING (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXXVIII, 4 et 5, p. 400*).

A l'hôpital de Stettin, Schmid a fait 53 résections du genou, en six ans, sans mortalité opératoire. 13 de ces opérés ont succombé ultérieurement à la tuberculose. Mais ceux qui ont survécu sont si bien guéris que les résultats observés plaident absolument en faveur de cette opération. La *technique* employée a été la suivante : incision transversale avec section de la rotule ou ablation de cet os, inutile à conserver puisqu'on recherche surtout une soudure osseuse. Puis section des ligaments et extirpation de la capsule; enfin résection des extrémités osseuses à la scie. Evidement des foyers osseux à la curette ou à la gouge; pas de suture des os. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée et pas de réunion immédiate : on combine ainsi les avantages de la résection avec le traitement iodoformé. Pansement compressif iodoformé et membre placé dans un appareil plâtré, qu'on change après trois mois. Quand la consolidation est obtenue, on n'emploie plus qu'une genouillère en cuir avec tuteurs. L'opéré n'abandonne cet appareil que lorsqu'il a dépassé l'âge de vingt ans. MARCEL BAUDOUIN.

Sarcome globo-cellulaire de la tête de l'humérus; résection de la moitié supérieure de l'humérus; guérison définitive depuis plus de onze ans, par HEURTAUX (*Bull. Soc. chir., XXI, p. 131*).

La règle généralement suivie est de désarticuler l'épaule pour le sarcome de la tête humérale; on se base, pour la suivre, sur le danger des récidives et l'inutilité du membre opéré par simple résection.

Heurtaux, en 1883, opéra par résection un garçon de 6 ans, dont la tête humérale était envahie par un sarcome mou, sans infiltration dans les masses musculaires. La moitié supérieure de l'humérus fut ainsi enlevée, et on put s'assurer sur la pièce que les limites du mal avaient été dépassées. L'examen histologique, pratiqué d'abord par Malherbe, puis à Lyon par Ollier, démontra l'existence d'un sarcome. Après guérison de la plaie opératoire, un appareil prenant appui sur le moignon de l'épaule permit au bras de conserver une bonne partie de ses mouvements. Actuellement, onze ans après, il n'y a pas eu, et il ne pouvait y avoir, de régénération osseuse, mais les mouvements du poignet et du coude sont parfaits, ceux de l'épaule suffisants. Cette observation est en faveur de la méthode conservatrice.

Quénu fait remarquer qu'il a défendu déjà la désarticulation de l'épaule contre celle de l'omoplate dans les cas de sarcome respectant les masses musculaires. Le cas de Heurtaux prouve plus encore, c'est qu'on peut se contenter de ne sacrifier qu'une partie de l'humérus. ARROU.

De l'ostéomyélite de la clavicule, par J. BRAQUEHAYE (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 2 mai 1895*).

La clavicule est une localisation assez fréquente de l'ostéomyélite, ayant un aspect clinique spécial, selon que le mal siège à l'extrémité interne ou externe de l'os.

Le diagnostic en est quelquefois délicat.

Même après guérison, on peut voir survenir quelques complications spéciales (compression des vaisseaux sous-claviers et des nerfs du plexus brachial par l'os hyperostosé.)

Quant au traitement, l'auteur se déclare opposé à celui que préconise Petersen (extirpation de la clavicule dès le début).

Bien que cet os se régénère avec une grande facilité et que, même si la régénération manque, les mouvements du membre supérieur puissent ne pas être gênés, il vaut mieux inciser l'abcès et trépaner l'os. Ce traitement a donné de bons résultats dans 4 observations personnelles que Braquehaye rapporte.

L'extirpation de la clavicule n'est indiquée que dans les cas exceptionnels, où toute la clavicule est mortifiée. OZENNE.

Inflammations typhoïdiques du squelette; ostéomyélite et chondrite à bacilles d'Eberth, par A. BROCA et Ch. ACHARD (*Gaz. hebd. de méd. Paris, 26 janvier 1895*).

Broca et Achard publient 3 nouvelles observations de lésions typhoïdiques du squelette: 1° Une ostéomyélite aiguë du tibia chez un enfant; 2° Une ostéomyélite chronique, avec fistule, de la clavicule; 3° Une chondrite chronique d'un cartilage costal; à propos de ce dernier fait, ils donnent une description complète de ces lésions encore peu connues. Ils montrent, lorsqu'elles sont centrales, qu'elles diffèrent de celles des autres ostéomyélites par leur curabilité rapide après évidement osseux.

OZENNE.

De la fièvre aseptique consécutive à certaines lésions traumatiques, par A. BROCA et R. LACOUR (*Mercredi méd., 30 janvier, et Gaz. heb. Paris, 9 mars 1895*).

Broca et Lacour montrent dans cet article que la fièvre est très fréquente dans les fractures sous-cutanées chez les enfants. Elle est, en général, légère et ne peut prêter à l'erreur. Toutefois il est, par exception, des cas où le diagnostic peut hésiter entre une fracture et une ostéomyélite. La fièvre semble en rapport avec l'abondance de l'épanchement sanguin et Broca pense qu'il faut en faire une fièvre aseptique par résorption. OZENNE.

The relative age occurence of Colles fracture, par Ch.-A. POWERS (*Med. news, p. 262, 9 mars 1895*).

L'auteur comprend, sous le nom de fracture de Colles, toutes les fractures transversales du radius, au-dessous d'une ligne située à 2 pouces au-dessus de la surface articulaire,

Il a relevé 988 cas de fractures, dont 590 chez l'homme, et 398 chez la femme (7 contre 5 environ).

De 10 à 20 ans, chez l'homme 201 cas (soit 34 0/0 des cas), chez la femme 13 cas (environ le trentième, 3 0/0 des cas) ;

De 21 à 30 ans, chez l'homme 110 cas (soit le cinquième des cas), chez la femme 32 cas (un peu moins du dixième des cas) ;

De 41 à 50 ans, chez l'homme 79 cas (13 0/0), et chez la femme 132 cas (soit 33 0/0 des cas) ;

De 51 à 60 ans, chez l'homme 52 cas (10 0/0), et chez la femme 87 cas (soit 22 0/0 des cas). MAUBRAC.

Zur chirurgischen Behandlung des paralytischen Klumpfusses (Traitement chirurgical du pied bot paralytique), par K. WINKELMANN (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXXIX, p. 109*).

Dans un cas de pied bot paralytique, au lieu de pratiquer l'arthrodèse, l'auteur a eu recours à une opération nouvelle, basée sur ce fait que, pour corriger la difformité, il faut reporter sur les muscles pronateurs paralysés une partie de la force en excès des fléchisseurs de la plante du pied et des supinateurs. L'opération consiste à mettre à découvert les tendons du tiers inférieur de la partie postérieure de la jambe et à réunir celui du gastrocnémien à celui du long péronier latéral. Pour faire cette anastomose tendineuse, on pratique une grande incision longitudinale sur le bord externe des jumeaux, en s'arrêtant à 5 centimètres au-dessus de la malléole externe. On découvre les tendons et la moitié externe de celui du gastrocnémien est divisée transversalement à son union avec celui du soléaire ; puis longitudinalement sur la ligne médiane en remontant vers le haut. La languette tendineuse ainsi obtenue est suturée à la soie au tendon du long péronier obliquement sectionné au préalable d'avant en arrière et de bas en haut. Puis on avive celui du court péronier et on le fixe latéralement sur le long péronier. Suture de la peau ; pansememt ; appareil plâtré jusqu'à guérison de la plaie.

Winckelmann a fait une fois cette opération chez un enfant de 6 ans avec un excellent résultat ; il est d'avis qu'on devra modifier son procédé et le perfectionner en suturant la moitié interne du tendon du gastrocnémien au long péronier, et la moitié externe de ce tendon à l'extenseur commun des orteils préalablement sectionné. MARCEL BAUDOUIN.

Des causes de l'ongle incarné, par F. REGNAULT (*Mercredi méd., p. 434, 5 septembre 1894*).

En dehors de l'état constitutionnel, l'ongle incarné reconnaît 2 facteurs : le traumatisme et la saleté (infection microbienne). Les ongles incarnés survenant chez les gens bien portants et soignés dès le début sont facilement curables par les bains phéniqués prolongés et les pansements antiseptiques. LEFLAIVE.

Cure radicale des varices, par QUÉNU (*Bulletin Soc. chir., XXI, p. 152*).

Quénu présente une femme à laquelle il a réséqué des paquets variqueux des deux côtés, avec une série de résections transversales de la saphéne. Le résultat est parfait. Reclus et Schwartz n'ont qu'à se louer d'un pareil procédé, qui leur a donné des résultats constants, et datant déjà de quelques années.

Championnière a présenté autrefois un malade opéré et guéri depuis 10 ans. Il est aujourd'hui moins parcimonieux que jadis et pratique la résection large, qui donne incontestablement de meilleurs résultats.

ARROU.

I. — De l'actinomycose humaine à Lyon....., par A. PONCET (*Gazette hebd. méd. Paris*, *20 avril 1895*).

II. — Nouveau cas d'actinomycose, par le même (*Bulletin méd.*, *29 mai 1895*).

I. — Poncet publie cinq cas d'actinomycose observés à Lyon : le premier occupant la région thoraco-pulmonaire et suivi de mort avec autopsie ; le deuxième étant un type de la forme nécrosante (nécrose du maxillaire supérieur) ; le troisième ayant débuté par une périchondrite du cartilage thyroïde et ayant envahi les régions péri-laryngées ; quant aux deux autres faits, ce sont des exemples d'actinomycose massétérine et temporo-maxillaire à forme ordinaire.

L'auteur rappelle qu'on a déjà publié quatre observations recueillies à Lyon, ce qui porte à neuf le nombre de cas observés dans cette ville, et à dix-neuf le chiffre des actinomycosiques relatés en France. Il en conclut, d'après les statistiques connues à l'étranger, que la maladie est aussi fréquente en France que dans les autres pays, à l'exception de l'Autriche et du Brandebourg.

Sur les neuf cas lyonnais connus, dont le plus ancien date de deux ans, le traitement a été à la fois chirurgical et médical, le premier consistant en incisions et curetage des foyers purulents, le second dans l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses. Trois malades ont guéri de la sorte ; quatre sont morts (actinomycose thoraco-pulmonaire, actinomycose du maxillaire supérieur avec méningite, actinomycose péri-laryngienne, actinomycose de la région temporo-maxillaire).

L'action efficace de l'iodure de potassium sur les lésions actinomycosiques est incontestable, mais il n'en est pas toujours ainsi ; la gravité de la maladie dépend du siège, de l'ancienneté de l'affection, du terrain, etc. Dans certains cas l'intervention chirurgicale doit être associée au traitement interne.

II. — Poncet communique un nouveau cas d'actinomycose de la joue et de la région temporo-maxillaire chez un homme de 54 ans, qui avait l'habitude de mâchonner des brins d'herbe et de paille; la guérison a été obtenue par un traitement méthodique avec l'iodure de potassium.

OZENNE.

De l'ostéotomie du maxillaire supérieur, combinée avec la section de la cloison nasale, comme temps préliminaires de certaines uranostaphylorraphies....., par LE DENTU (*Bull. Acad. de méd.*, *2 avril 1895*).

Lorsqu'on se trouve en présence d'une division palatine et d'une division complète de l'arcade alvéolaire, compliquée de saillie marquée du bord osseux, correspondant à l'os intermaxillaire, Le Dentu conseille, après avivement des bords opposés de la division, de faire l'ostéotomie palatine en la combinant avec la section sous-muqueuse de la cloison nasale. Dans la même séance on peut pratiquer l'opération du bec de lièvre. On ne procèdera pas à ces interventions avant l'âge de 18 mois à 2 ans et six mois plus tard on effectuera l'uranostaphylorraphie.

Si cette dernière a été antérieurement faite en partie, il faut attendre l'âge de 4 à 5 ans au minimum pour compléter dans une même séance la restauration par la section du maxillaire et de la cloison, l'uranoplastie antérieure et l'opération du bec de lièvre. OZENNE.

Contribution à l'étude des plaies du crâne par arme à feu, par CRICKX (*Annales Soc. belge chir., 15 mars 1895*).

L'auteur rapporte deux observations de plaies du crâne par balle de revolver. Dans l'un de ces faits la balle avait atteint la région fronto-temporale. Violentes douleurs à l'occiput; pas de paralysie. Trépanation; on trouve une fracture esquilleuse du temporal; le cerveau est sain; la balle n'est pas rencontrée. Guérison.

Le second fait concerne une femme de 27 ans qui, frappée à la nuque par une balle de revolver, présente une hémiplégie totale gauche avec hyperesthésie du côté paralysé et sensibilité obtuse du côté sain. Pas de paralysie de la face. Incontinence d'urine et des matières fécales. Trépanation près du trou occipital à un centimètre d'un point où se trouve une fracture par enfoncement; les esquilles osseuses enlevées, incision de la dure-mère; cervelet intact; pendant les manœuvres opératoires on rencontre quelques fragments de balle. Une hémorragie veineuse abondante est arrêtée par le tamponnement. Dans la suite les phénomènes paralytiques disparaissent peu à peu; toutefois ils persistent encore un peu au bout d'un mois, de même que de la raideur dans les mouvements de la tête. OZENNE.

Troubles moteurs chez une syphilitique (épilepsie jacksonienne et hémiplégie); trépanation, par Ch. FAGUET et LOWITZ (*Journal méd. Bordeaux, 21 avril 1895*).

Femme de 40 ans, syphilitique, ayant eu plusieurs attaques épileptiformes depuis six mois. Actuellement la malade présente les symptômes de l'épilepsie jacksonnienne et dans l'intervalle des attaques on note une hémiplégie gauche. Le traitement mixte étant resté impuissant contre les crises qui atteignent le chiffre de 129 par vingt-quatre heures, on applique une couronne de trépan au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando. A ce niveau existe une hyperostose, dont on fait l'ablation. Malgré la diminution de fréquence des attaques, la mort survient au bout de douze jours, le traitement antisyphilitique n'ayant pas été interrompu. A l'autopsie, on trouve une gomme, du volume d'une noix, siégeant dans l'hémisphère cérébral droit, sur le tiers postérieur de la deuxième frontale. Il n'existe sur la zone psycho-motrice aucune lésion, fait intéressant à relever à cause de la persistance de l'hémiplégie après la trépanation. OZENNE.

A case of subcortical cerebral tumour treated by operation, par E. BEEVOR et Ch. BALLANCE (*Brit. med. Journ., 5 janvier 1895*).

Femme de 39 ans, présentant depuis douze mois les symptômes suivants : affaiblissement progressif et paralysie du bras droit, de la jambe et de la hanche; plus tard, de la main droite et finalement de tout le membre supérieur. Altération de la parole concomitante. On diagnostiqua une tumeur sous-corticale, en raison des symptômes de compression intra-cranienne : céphalée, vomissements, névrite optique, affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. Il existait simultanément une anesthésie limitée aux membres paralysés, mais respectant la face. Cette anesthésie était disséminée par segments, un peu comme dans les cas de névrose hystérique, sans suivre la dis-

tribution des nerfs. Il n'y avait chez cette femme aucune histoire de syphilis ni de tuberculose et le traitement antisyphilitique appliqué six semaines avec rigueur, se montra inefficace.

L'opération fut faite en deux temps. Dans la première, une incision en fer à cheval, comprenant toute la surface du pariétal gauche, fut pratiquée, de façon à rabattre un large lambeau. Puis à l'aide d'une scie, on détache un parallélogramme osseux comprenant toute l'aire rolandique, en le quadrillant pour ainsi dire et en enlevant chacun des segments pariétaux séparés par un double trait de scie. De cette façon, on découvre toute la dure-mère sur une largeur de près de 10 centimètres. Après quoi, le lambeau est replacé et suturé antiseptiquement. Six jours après, 17 juillet, nouvelle opération. On découd la suture et on détache le lambeau. La dure-mère bombe, surtout au niveau de la partie supérieure de la pariétale adjacente. Après section de la dure-mère, l'exploration de la région montre une place amincie et une tumeur d'un blanc grisâtre, qui d'abord semble isolée et facile à énucléer, mais dont on constate les connexions profondes avec la substance cérébrale. La tumeur étant de consistance gélatineuse, est extirpée par grattage au moyen d'une cuillère d'argent, non sans donner lieu à une hémorragie considérable. Après l'extirpation, l'hémisphère gauche présente une cavité de deux pouces de profondeur et du volume d'une demi-orange. Après avoir soigneusement fait l'hémostase, la dure-mère est suturée et le lambeau replacé. Pendant les premières heures, collapsus profond et pouls lent (lavement alcoolisé). Le lendemain, aphasie motrice presque complète, mais intelligence conservée, hémiplégie droite absolue.

Le 19 juillet, spasmes chroniques de la bouche, qui se répètent le lendemain. A partir de ce moment, convalescence régulière.

Le 25 juillet, retour de quelques mouvements volontaires dans la jambe droite, et disparition de l'anesthésie, mais perte de la notion de position du membre.

Le 29 août, la malade commence à marcher, elle remue le bras, mais ne peut faire mouvoir les doigts de la main. La parole est revenue et l'intelligence très améliorée. La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes. Guérison complète en novembre. H. R.

Punctured fracture of the skull, symptoms of compression for 34 days; operation, recovery, par A.-H. TUBBY (*Brit. med. Journ., p. 805, 13 avril 1895*).

Un homme de 43 ans fait une chute de cheval qui, sur le moment, n'est pas accompagnée de perte de connaissance ni d'hémorragie, mais on perçoit manifestement une mobilité osseuse dépendant d'une fracture. La plaie pariétale se cicatrise et reste fistuleuse pendant un mois et à cette époque le malade est dans l'état suivant : dilatation pupillaire, lenteur du pouls, parole hésitante, intelligence nette. Pas de céphalée, ni de paralysie. A l'extrémité antérieure de la suture sagittale est une fistule qui donne du pus à la pression. Incision sur la région malade, qui donne issue à trois fragments osseux. On s'aperçoit qu'il existe une fracture de la table interne du pariétal, et on trépane largement ; le fragment d'os nécrosé, très large, est soulevé par du tissu de granulation et d'anciens caillots organisés qui le séparent de la dure-mère. Opération laborieuse, mais suites simples. Le malade, après l'opération, cesse d'avoir le pouls lent et les pupilles dilatées, la parole redevient nette. Guérison vingt jours après. H. R.

Transversectomie pour paraplégie dans le mal de Pott, par DESCHAMPS (*Annales Soc. belge chir.*, *15 janvier 1895*).

Cette opération, préconisée par Ménard, a été faite sur un enfant de 6 ans, atteint de mal de Pott des premières vertèbres dorsales avec paraplégie, datant de plusieurs mois. Par une incision transversale de 6 centimètres sur le côté droit de la gibbosité, deux apophyses transverses ont été mises à nu, dénudées et enlevées et les portions de côtes sous-jacentes ont été sectionnées et arrachées de leur insertion vertébrale. L'opération a été suivie pendant quelques jours du retour de la sensibilité et de la motilité, mais peu après la paraplégie a reparu et, malgré une laminectomie, la mort est survenue. A l'autopsie on a constaté la disparition presque complète du corps de la dernière vertèbre cervicale et de la première dorsale ; en outre la lame de la première de ces vertèbres, tordue sur elle-même, s'enfonçait dans la moelle qu'elle comprimait, ce qui était cause de la paraplégie. OZENNE.

Geschwulst des Dorsal- und Lumbalmarks, par BRUNS et KREDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 42*, *p. 964*, *15 octobre 1894*).

Jeune femme prise dans l'été de 1890 de violentes douleurs dans le sacrum avec irradiations dans les membres inférieurs et l'abdomen; peu de temps auparavant, elle avait éprouvé un léger traumatisme (chute d'une balancoire); en automne 1890, les douleurs sont presque cantonnées au côté droit, mais elles sont si intenses que la malade doit garder le lit pendant quelques mois. Intervalle de calme relatif de la fin de 1890 à mai 1891. A partir de cette date, on constate, outre la névralgie sciatique droite, une parésie du nerf péronier correspondant et de la sensibilité de la partie inférieure de la colonne lombaire. État en février 1892 : paralysie ou parésie de tous les muscles moteurs du pied et des orteils droits, à l'exception du jambier antérieur; le pied est relâché en adduction, grâce à l'inertie absolue des péroniers, des extenseurs commun et propre des orteils et des muscles du mollet; il reste encore un peu de motilité dans le jambier postérieur, les longs fléchisseurs et, peut-être, les interosseux. Ni troubles trophiques ni modifications qualitatives de l'excitabilité électrique des muscles paralysés, intégrité des deux réflexes rotuliens. Aucune trace de trouble de la sensibilité. Sphincters intacts. Rien d'appréciable au niveau du rachis. Mais en avant de l'oreille droite, immédiatement sous la peau, est une petite tumeur que la malade veut se faire enlever : le microscope révèle là un fibrosarcome. En juillet 1892, premiers troubles vésicaux. Du 17 au 26 août suivant, développement d'une paraplégie commençant par les territoires du péronier et du tibial gauches s'étendant ensuite aux muscles de la cuisse et de la hanche droites, puis aux muscles correspondants du côté gauche. En même temps, troubles de la sensibilité et paralysie entière de la vessie et du rectum. Temporairement il y eut aussi phénomènes de l'hémisection de Brown-Séquard. Inefficacité des frictions mercurielles. En octobre, réaction de dégénérescence débutant par le territoire du nerf péronier droit. Contractions fibrillaires et fasciculaires; œdème des membres inférieurs. Au milieu d'octobre, paralysie de la totalité des muscles des extrémités inférieures; disparition des réflexes tendineux ; anesthésie totale des territoires innervés par le plexus lombaire et sacré.

Abolition de la sensibilité à la douleur et à la température, conservation de celle au contact. Douleurs dans tous les plexus lombaire et sacré droits avec irradiation dans le ventre; le bas du rachis lombaire est sensible à la percussion. Pouls accéléré. Bruns diagnostique un sarcome provenant des méninges ayant débuté à droite, à la limite des racines lombaires et sacrées envahissant

successivement les racines postérieures, puis les antérieures avant d'attaquer ou de comprimer la moelle.

Le 22 octobre 1892, résection du rachis du bord supérieur de l'arc de la 2e vertèbre lombaire au bord inférieur de l'arc de la 8e dorsale. Nulle apparence de tumeur ou de lésions médullaires; c'était donc un échec opératoire.

La femme survécut encore 14 mois et ne succomba que le 13 décembre 1893, à la grippe. Jusqu'en août 1893, la vie de la malade était supportable, car elle souffrait peu, et seule l'anesthésie faisait des progrès; au niveau opéré s'était formé un spina bifida. A partir d'août, intervalles de fièvre et de frissons dus à une pyélocystite purulente; recrudescence des douleurs lancinantes qui gagnèrent les membres supérieurs.

Autopsie : après incision du sac cutané rachidien et issue de son contenu teinté du sang, on aperçoit dans le champ opératoire, au-dessous de l'arc de la 9e vertèbre dorsale, une saillie dure bosselée, un peu désagrégée à la surface; du sein de cette tumeur émergent au niveau du tiers inférieur de l'ouverture du trépan les filaments de la queue de cheval. La tumeur compacte remonte jusqu'au niveau de l'arc de la 8e dorsale. Après durcissement de la moelle dans le liquide de Müller, on reconnaît que tout le renflement lombaire et la région médullaire correspondant aux deux dernières vertèbres lombaires sont envahis par une grosse tumeur, perpendiculaire à l'axe longitudinal de la moelle, s'amincissant en haut et en bas et ayant le volume de deux marrons d'Inde. Les 9e et 10e racines sont envahies aussi par plusieurs tumeurs bosselées, récentes, du cordon postérieur gauche. On trouve encore de petits noyaux morbides sur la 7e et la 8e racine postérieure, immédiatement avant leur entrée dans la moelle; enfin il en existe aussi de moins développés sur des racines postérieures plus élevées et sur quelques racines antérieures. Les coupes transversales de la tumeur, pratiquées en remontant jusqu'au niveau de la 11e racine, n'offrent pas le plus léger vestige de moelle; au niveau de la 10e racine, la pie-mère et la dure-mère sont soudées par d'épaisses masses morbides étalées; partant la moelle est ramollie ou envahie par la tumeur. Au niveau de la 9e racine, la dure-mère est libre, tandis que la pie-mère est considérablement épaissie ; à la partie postérieure gauche se trouvent encore de grosses masses morbides qui semblent s'étendre dans les cordons postérieurs. Au niveau supérieur, il n'existe de tumeur que dans les racines; enfin, plus haut, il n'y a que la dégénération ascendante des cordons de Goll et des bords des cordons latéraux. En somme, il s'agit d'une tumeur partie des méninges, probablement de la pie-mère seule et qui a comprimé ou envahi, suivant les points, la moelle. Elle n'a pris la forme massive qu'à la suite de la trépanation. Le microscope y montre un sarcome à cellules fusiformes.

Dans la discussion, Oppenheim signale un fait de la clinique de Schultze, publié récemment. On avait diagnostiqué à tort une tumeur médullaire, et l'opération a été suivie d'une myélite à marche rapide.

J. B.

I. — Vorstellung eines Falles von Aneurysma der subclavia, par Edmund MEYER (*Berlin. klin. Woch.*, n° *47*, *p. 1071*, *19 novembre 1894*).

II. — Discussion de la Société médicale de Berlin (*Ibidem*).

I. — Homme ayant eu la syphilis il y a 15 ans. Depuis 6 semaines, raucité, toux et douleurs dans l'épaule droite, irradiant vers le dos. Toute la moitié droite du pharynx présente de forts battements qui le projettent vers la gauche avec l'amygdale; ces pulsations sont visibles en haut jusqu'à l'orifice tubaire, en bas jusqu'au sinus pyriforme. Lorsque le malade a la tête de côté, la

totalité du larynx prend part à les mouvements pulsatiles. Le laryngoscope révèle une paralysie du récurrent droit.

A l'inspection du cou, on remarque que sa moitié droite bat fortement; en outre elle fait une saillie anormale en arrière et au-dessous de l'angle maxillaire droit. A la palpation, on sent la carotide volumineuse et dilatée en sac en arrière de l'angle maxillaire droit. Pulsation distincte au niveau du creux sus-claviculaire. En enfonçant le doigt derrière la clavicule, on arrive sur un sac pulsatile, de la grosseur d'une tête d'enfant. Matité dans le creux sus-claviculaire et dans le premier espace intercostal, près du sternum; au niveau de cette matité, souffle systolique et bourdonnements qu'on retrouve le long de la carotide. Pouls radial droit beaucoup plus fort que le gauche et non synchrone avec lui. Flexuosités et battements plus énergiques de l'artère frontale droite.

Bien que tous les traités de laryngologie mentionnent la paralysie du nerf récurrent droit au nombre des symptômes possibles de l'anévrisme de l'artère sous-clavière, Meyer n'en a trouvé que deux cas dans la littérature, un américain de Porter et un norvégien de Thue.

II. — *Lublinski* déclare avoir observé un fait tout à fait semblable à celui d'Edm. Meyer, car il offrait en même temps les pulsations de la moitié droite du pharynx et la paralysie de la corde vocale droite. J. B.

I. — De la mastite traumatique chez l'homme....., par J. HUGUET et M. PÉRAIRE (*Gaz. hebd. Paris*, 5 *janvier* 1895).

II. — De la mastite syphilitique diffuse chez l'homme....., par ROUANET (*Mercredi méd.*, 12 *février* 1895).

III. — Pathogénie de la mammite suppurée des adolescents....., par J. TELLIER (*Bulletin méd.*, 24 *février* 1895).

I. — Relation de trois observations personnelles de mastite traumatique chez l'homme, ce qui fournit aux auteurs l'occasion de présenter en quelques pages l'histoire de cette phlegmasie. Rien de particulier à relever.

II. — Après avoir donné un rapide historique des lésions syphilitiques qui ont été observées dans la région mammaire, Rouanet rapporte trois observations qu'il range dans les mastites syphilitiques diffuses.

La première concerne un jeune homme de 22 ans qui, deux ans après un chancre induré, présenta dans le sein gauche une petite masse étalée, résistante, grenue, située au-dessous de l'aréole et donnant lieu à quelques douleurs spontanées. Deux mois plus tard gomme sous-cutanée de la région sous-maxillaire. Traitement par KI, qui n'agit que lentement, puisque la mastite ne disparaît totalement qu'au bout de six mois. Le mercure n'avait pas été prescrit.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 52 ans, portant de nombreux stigmates de syphilis qu'il a contractée dans sa jeunesse, et atteint depuis un mois d'un tuméfaction douloureuse de la mamelle droite; la glande est de la grosseur d'un œuf et sans nodosités. En outre, on constate à gauche, près du mamelon, une petite nodosité douloureuse développée dans l'épaisseur de la glande et de plus des gommes de la région du coude. Traitement mercuriel; légère amélioration du sein droit au bout de six semaines.

La troisième observation est relative à un sujet de 30 ans qui, entre autres accidents secondaires, présente une mastite gauche indolente sous forme de tumeur rénitente, adhérente au mamelon, mobile et du volume d'une grosse

noix aplatie. On a la sensation d'une glande mammaire hypertrophiée de consistance scléreuse. Traitement mixte; six mois plus tard on ne constate plus qu'un léger degré d'hypertrophie.

III. — On admet généralement que les germes infectieux sont portés dans les parties profondes de la glande mammaire par trois voies : les conduits galactophores, les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins. Ce serait par ce dernier mode d'infection que se serait produit un abcès du sein, dont Tellier résume ainsi l'observation.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, chez laquelle plusieurs furoncles se sont développés dans la région de l'aiselle et ont évolué en deux mois. Sept semaines après la guérison du dernier furoncle est apparu un gonflement des deux seins avec sensation douloureuse; à droite ce gonflement a rapidement disparu, mais à gauche il a persisté et il s'est formé un abcès glandulaire dont l'incision a donné issue à du pus de bonne nature, contenant le staphylococcus pyogenes aureus. Comme il n'y avait eu ni traumatisme ni excoriations pouvant faire invoquer une infection d'origine externe, l'auteur attribue cet abcès aux microorganismes de la furonculose qui ont trouvé dans la glande pubère un terrain favorable à leur développement. OZENNE.

Dissémination de sarcome à la suite d'une opération, par VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch., n° 44, p. 1007, 29 octobre 1894*).

Virchow n'a pas encore vu de fait semblable au suivant :

Homme de 50 ans auquel on avait extirpé une tumeur du dos de la main droite; au bout d'un certain temps était apparue une tumeur des ganglions axillaires qui finit par atteindre le volume d'une tête d'enfant sans que la peau se fût ulcérée. Cette tumeur de l'aisselle a été le point de départ d'une série de petites tumeurs de dimensions variables, sorte de nævus pigmentés, disséminés sur le thorax. Chacune de ces tumeurs offre la plus complète ressemblance avec le mamelon du sein; plusieurs d'entre elles sont situées sur le sein lui-même. Toutes ces tumeurs présentent à leur centre une protubérance arrondie et plate et sont entourées d'une large aréole gris-brun, couverte de minuscules saillies dues à des glandes sébacées ; ces tumeurs pénètrent jusque dans le tissu sous-cutané; sur les coupes elles sont blanches et s'enfoncent en coins dans le derme. Elles offrent toutes la texture des sarcomes à cellules fusiformes. Au niveau des lobes inférieurs des poumons, la plèvre est garnie d'une éruption de petites tumeurs de même nature, tout à fait molles. Le foie renferme quelques noyaux dont les plus volumineux sont gros comme des noisettes. La tumeur axillaire a subi une métamorphose graisseuse complète. J. B.

Note of a case of salivary calculus presenting unusual symptoms, par A. MARMADUKE SHEILD (*Brit. med. Journ., p. 473, 2 mars 1895*).

Homme de 30 ans, présentant sur le plancher de la bouche, une induration datant de 20 mois, fort douloureuse, avec gonflement concomitant de la région sous-maxillaire. L'affection ressemblait absolument à un épithélioma adhérent au maxillaire inférieur et propagé aux ganglions. Pourtant on soupçonna un calcul salivaire en raison du gonflement du cou qui survenait après les repas, et cette hypothèse fut vérifiée au moyen d'une aiguille exploratrice qui vint butter sur un corps dur.

L'opération fut remise par la volonté du malade, et 2 mois après l'apparence était devenue si mauvaise, que personne n'hésita à diagnostiquer un cancer. Au moment où l'opération allait être tentée d'urgence, le malade éli-

mina un volumineux calcul, avec un flot de liquide salivaire retenu en amont; tout rentra dans l'ordre. H. R.

Zwei Fälle von subphrenischen Echinococceu....., par ASCHOFF (*Münch. med. Woch., nos 4 et 5, p. 65 et 99, 1895*).

Dans le premier cas il s'agit d'une veuve de 57 ans, bien portante entièrement, jusqu'au milieu de septembre. Depuis ce temps, point de côté, dyspnée et toux sèche. Pas d'expectoration. Le 4 octobre, frisson. Accès de toux violent avec vomique de pus sanguinolent ; le 5 on constate une matité au niveau des quatre dernières côtes à gauche, en bas, se continuant avec la matité splénique. En cet endroit, faiblesse du murmure vésiculaire. Râles catarrhaux dans les deux poumons. Le 10 on fait une ponction d'épreuve, donnant issue à un liquide clair comme de l'eau, avec de rares leucocytes et sans crochets d'échinocoques. Le 11 novembre, frisson, début d'un grand exsudat pleurétique gauche, le 16 on trouve la jonction du pus avec des crochets.

Il se développe peu à peu un pyopneumothorax. Mort le 12 décembre. A l'autopsie : kyste à échinocoque de la grosseur du poing entre la rate et le diaphragme ; un canal conduit dans le tissu pulmonaire, et de là dans les bronches, et d'autre part dans la plèvre. Des cavernules dans la base du poumon contiennent des vésicules hydatiques ; adhérences fibreuses de la plèvre.

Le second cas est celui d'un homme de 56 ans, atteint d'échinocoque sous-phrénique, partant du foie. Il y avait suppuration et développement de gaz dans le kyste. La mort survint après ouverture du kyste par hémorragie, due à l'érosion de deux branches de la veine porte, par le kyste. C. LUZET.

A case of sanguineous cyst connected with the pancreas, par Theodor FISHER (*Brit. med. Journ., p. 1962, 15 décembre 1894*).

Homme de 38 ans, ancien syphilitique ; 15 jours avant son admission, début brusque de douleur épigastrique avec vomissement, constatation d'une voussure épigastrique avec empâtement. Depuis 6 ans, à plusieurs reprises le malade avait été sujet à des crises analogues, dont la signification n'avait jamais été reconnue, et qui avaient entraîné une dyspepsie habituelle.

La palpation abdominale fit reconnaître une tumeur épigastrique donnant la sensation d'une rate augmentée de volume, mais en différant par la limite incertaine de ses bords. Elle était peu mobile, et ne se déplaçait pas sous l'influence de la respiration, d'ailleurs indolente. On crut à une tumeur solide, mais par prudence, avant de tenter une intervention, on fit une ponction qui ramena 30 onces de sérosité sanguinolente, d'un brun rougeâtre. Ce liquide donna les réactions de la peptone et réduisit la liqueur de Fehling en présence de l'amidon ; il s'agissait donc d'un kyste pancréatique.

15 jours plus tard, le liquide du kyste s'était reformé, et on dut inciser ce dernier sous le chloroforme. On en retira 26 onces de liquide café au lait, très alcalin, albumineux, ayant la propriété de digérer l'amidon et la viande. Guérison graduelle avec une fistule persistante pendant 8 mois.

Un cas de gastropexie, par DURET, rapport de LE DENTU (*Bull. Acad. de méd., 19 mars 1895*).

Le sujet de cette observation est une femme de 51 ans, atteinte de troubles digestifs variés, rebelles à tout traitement. Duret ayant constaté que l'estomac dilaté descendait jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, a suspendu la face antérieure de l'organe, sur une étendue transversale de 5 à

6 centimètres, immédiatement à gauche du pylore, au péritoine pariétal de la région épigastrique. Cette fixation a été faite par une suture continue traversant la paroi musculo-séreuse de l'estomac et le bord interne des muscles droits. Les résultats immédiats de l'opération ont été excellents et la malade a pu reprendre ses occupations quotidiennes. Toutefois le rapporteur fait remarquer qu'on ne peut définitivement se prononcer sur la valeur de cette opération, les pexies en général trompant quelquefois sur ce qu'elles semblaient promettre et la création d'adhérences gastro-abdominales pouvant devenir une cause de certains troubles. OZENNE.

Chirurgie du rectum, par E. QUÉNU et HARTMANN (*Un vol., Paris, 1895*).

Ce volume de 450 pages, qui débute par l'étude de quelques points de l'anatomie du rectum et qui traite de certaines affections chirurgicales de cette portion de l'intestin est divisé en huit chapitres, dans lesquels on trouve l'étude successive des inflammations simples et spécifiques, des abcès péri-anaux et périrectaux, des fistules, des rétrécissements, des hémorroïdes et des ulcérations du rectum.

De la lecture générale de l'ouvrage il ressort ce fait que, tout en n'ayant pas négligé la partie clinique, les auteurs se sont complus à exposer en détail leurs recherches de laboratoire et tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique, en complétant chaque chapitre par la discussion des principaux modes de traitement applicables dans la circonstance.

Les premiers chapitres sont consacrés à la description des rectites, de la blennorragie rectale, actuellement bien établie par la constatation du gonocoque sur la muqueuse rectale, et de l'histoire des syphilides.

Vient ensuite une étude approfondie des lésions tuberculeuses de la région et, dans les paragraphes suivants qui s'occupent des abcès et des fistules, on peut se rendre compte de l'utilité des renseignements fournis par le microscope pour guider le chirurgien dans le choix des moyens thérapeutiques.

En ce qui concerne les rétrécissements du rectum, partagés en retrécissements péri-rectaux, cicatriciels et inflammatoires, étude à laquelle est consacrée une centaines de pages les auteurs en donnent une description minutieuse et insistent sur leur traitement. A ce propos ils rappellent que l'on ne doit pas trop compter sur l'extirpation, qui ne met pas à l'abri des récidives.

Un assez long chapitre, traitant des hémorroïdes (en particulier de leur anatomie pathologique et de leur pathogénie, à l'occasion de laquelle les auteurs rééditent leur théorie de l'infection) et une étude des diverses ulcérations qu'on rencontre au niveau de l'anus et du rectum, terminent ce volume dans lequel se trouvent intercalés un certain nombre d'observations personnelles, très riches en détails, de nombreux dessins, deux planches en chromo et deux en photogravures. OZENNE.

Traitement chirurgical de l'appendicite à répétition dans l'intervalle des crises....., par L. DUMAYE (*Thèse de Paris, 1895*).

Tout malade qui, après avoir été atteint une fois d'appendicite, présente dans la suite une tumeur persistante et douloureuse de la fosse iliaque, est sujet à des récidives, à des poussées inflammatoires qui sont

le réveil d'un microbisme latent. Il existe chez lui des lésions chroniques variées, qui ne sont pas appréciables d'une manière exacte et qui peuvent donner lieu à des rechutes, dont les perforations et la péritonite peuvent être les conséquences.

Pour prévenir ces rechutes, le traitement chirurgical (résection de l'appendice ou destruction d'adhérences), est seul efficace. De l'avis de la grande majorité des chirurgiens, l'opération doit être faite à froid et le plus tôt possible. Des trois incisions abdominales, médiane, latérale ou parallèle au ligament de Poupart, cette dernière est la plus rapide et la plus sûre. Les téguments incisés et libérés, on recherche l'appendice, et on le résèque s'il est facilement découvert ; le drainage est nécessaire, s'il y a du pus. Sur 181 opérations relevées par l'auteur, on compte 178 guérisons et 3 décès, soit une mortalité de 1,65 0/0. OZENNE.

A note on the technique of removal of the vermiform appendix, par Arthur BARKER (*Brit. med. Journ., p. 863, 20 avril 1895*).

Le procédé suivant d'ablation de l'appendice vermiforme gagne du temps et est d'une sécurité absolue. Le mésentère de l'appendice est d'abord transpercé et lié sur deux points avec des fils de soie, puis sectionné jusqu'à la base de l'appendice, à son insertion cæcale. Cela fait, on sectionne la tunique séreuse et la musculeuse de l'appendice en injectant la muqueuse.

Les deux tuniques externes sont refoulées du coté du cœcum et retournées ; la tunique interne formant saillie est sectionnée, après suture préalable au fil de soie. Après cela, les deux tuniques externe et moyenne sont rabattues et ligaturées, elles protègent efficacement le moignon formé par la paroi interne, qui s'est rétractée presque immédiatement.

H. R.

Note sur la suture des intestins....., par ULLMANN (*Annales Soc. belge chir., 15 février 1895*).

Ullmann rapporte l'observation d'une femme de 27 ans, atteinte d'une tumeur du cæcum qu'il a réséquée et qu'il a fait suivre de la suture des intestins que l'on pratique par ce procédé qui est sûr et rapide. On plie les bouts des intestins en long, on les fixe par des sutures dont la première est mise à la partie mésentérique de l'intestin, la seconde en face de la première ; puis on plie l'intestin en travers pour pouvoir mettre deux sutures aux points correspondants.

Alors on fait une incision longitudinale de 6 centimètres sur le bout supérieur de l'intestin, dans un point qui fait face au mésentère. On tire les sutures de fixation à l'aide d'une pince qu'on a introduite par la fente longitudinale. On retourne l'intestin supérieur, dans lequel on introduit l'intestin inférieur et l'on fait ressortir les bouts par l'incision. De cette façon, la muqueuse de l'intestin inférieur se trouve à l'intérieur, la muqueuse de l'intestin supérieur à l'extérieur, et il y a entre les deux péritoine sur péritoine.

Les sutures de fixation étant nouées, l'intestin est divisé en quatre parties, ce qui facilite les autres sutures. Les fils sont noués à l'intérieur ; après les avoir coupés, on rentre l'intestin, puis on ferme l'incision longitudinale par une suture continue.

La soie doit être employée pour les sutures. OZENNE.

I. — Intestinal obstruction due to malignant growth treated by anastomose, etc., par Ch. MORTON (*Brit. med. Journ., p. 859, 20 avril 1895*).

II. — Note a case of enterectomy, etc., par James MURPHY (*Ibid., p. 860*).

III. — Case of enterectomy in which Murphy's button was used, par Donald DAY (*Ibid., p. 860*).

I. — Homme de 27 ans, atteint depuis 5 mois de signes d'obstruction intestinale intermittente ; on fait l'exploration abdominale et on constate, à la jonction du cæcum et du côlon ascendant, une tumeur dure adhérente à la fosse iliaque. L'anus artificiel cæcal est pratiqué en octobre, et guérit rapidement.

Le 20 janvier, le malade revient avec de nouveaux signes d'obstruction, il ne passe plus de matières par l'anus artificiel, mais du mucus. On décide de faire cette fois une anastomose intestinale entre l'*S* iliaque et une anse de l'intestin grêle. Les deux anses sont mises en contact et reliées au moyen du bouton de Murphy ; grâce à ce procédé, il est facile de faire la suture intestinale. L'opération dure une heure. Amélioration de tous les symptômes dou loureux, retour des fonctions intestinales, mais le néoplasme abdominal fait des progrès.

II. — Femme de 27 ans atteinte d'une obstruction intestinale datant de 6 jours ; on trouve une anse étranglée par une bride fibreuse, gangrenée et perforée en trois points différents. Lavage péritonéal, résection de l'anse gangrénée et introduction du bouton de Murphy : suture de Lembert, guérison. Un mois après, élimination du bouton de Murphy par les garde-robes, précédée, quelques jours auparavant, par des phénomènes de collapsus alarmants.

III. — Homme de 27 ans, pris d'accidents de péritonite généralisée. Laparotomie exploratrice ; on tombe sur une anse intestinale adhérente au ligament de Douglas et entourée de pus. Lavage de la cavité péritonéale et résection de l'intestin sur une étendue de 10 pouces. Suture facile sur le bouton de Murphy et guérison régulière. Cette fois, le bouton de Murphy n'a été éliminé que très tardivement, seulement 66 jours après l'opération. Il y eut un abcès intercurrent et momentanément, une fistule stercorale par la plaie abdominale.

H. R.

Case of long standing severe abdominal colic cured by operation, par Ch. HOAR (*Brit. med Journ., p. 864, 20 avril 1895*).

Femme de 50 ans, souffrant depuis 25 ans d'une douleur abdominale de cause inconnue, survenant par crises paroxystique, avec tendances aux lipothymies, petitesse du pouls, et ayant leur maximum au niveau de l'hypochondre droit. Inefficacité de toutes les médications.

Laparotomie par Treves : Exploration méthodique de l'intestin et des viscères abdominaux, qui ne révèlent rien d'anormal, sauf deux petites brides fibreuses occupant la place du ligament suspenseur du foie, disposées de façon à pouvoir étrangler les anses intestinales sous jacentes. Les deux brides en question furent réséquées, et la guérison ultérieure de la malade prouva qu'elles étaient bien la cause des accidents. H. R.

Observations on a further series of cases of relapsing typhlitis treated by operation, par Frederic TREVES (*Brit. med. Journ., p. 517, mars 1895*).

Treves publie une série de 18 nouveaux cas d'appendicite à répétition opérés pendant la période de calme. Un seul cas fut suivi de mort. Il

donne d'intéressants détails bactériologiques sur ces cas. Il s'agit presque toujours de colibacilles virulents, qui se retrouvent dans les exsudats périappendiculaires; quelquefois, mais rarement, on rencontre le streptocoque et le pneumocoque : une fois le staphylocoque jaune.

Le début brusque des symptômes péritonéaux n'indique que rarement la perforation de l'appendice, mais bien la pénétration du colibacille virulent dans le péritoine.

Lorsque l'appendice suppure, il n'y a presque jamais qu'une seule attaque d'appendicite : il semble que la présence du pus prévienne les récidives.

Les causes qui provoquent les récidives sont : le rétrécissement ou l'étroitesse de la lumière de l'appendice, les cicatrices vicieuses, l'existence d'une ulcération intra-appendiculaire, l'inclusion d'une certaine quantité de matière fécale altérée et virulente, peut-être enfin la torsion de l'appendice par un véritable volvulus.

Pour éviter les rechutes, l'auteur conseille la régularité absolue des garde-robes, le massage de l'abdomen et l'emploi des antiseptiques intestinaux : il donne la préférence au salol. H. R.

Beitrag zur Nierenchirurgie (Chirurgie rénale), par HILDEBRAND (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XL, 1 et 2, 1895*).

H. analyse les opérations faites sur le rein à la clinique de Kœnig à Gœttingue. Elles se répartissent ainsi : 13 tumeurs du rein, dont 7 chez des enfants de moins de 9 ans n'ayant jamais eu d'hématurie, toujours du côté droit. Diagnostic histologiqne impossible sur le vivant. Opération par voie transpéritonéale. Sur les 7 tumeurs présentées par des enfants il y avait 5 sarcomes, 1 kyste congénital avec sarcome et 1 carcinome; 6 guérisons opératoires, mais récidive dans tous les cas. En somme mauvais résultat. Pour les tumeurs des adultes, il y a toujours eu des hématuries; extirpation 5 fois par la voix lombaire, une fois par l'abdomen. 3 morts postopératoires; une seule survie sans récidive (angiosarcome). Résultats presque aussi déplorables.

A rapprocher deux faits, un cas de fibromyostéo-sarcome de la capsule du rein droit, opéré et resté guéri ; un cas de kyste sanguin paranéphrétique, qui est demeuré guéri ; une observation d'échinocoque du rein gauche.

4 hydronéphroses et 8 pyonéphroses ont été traitées par la néphrotomie ou la néphrectomie. Pour 9 cas de tuberculose rénale, Kœnig a remarqué qu'il y avait six femmes. Dans au moins 3 faits, il s'agissait de tuberculose rénale primitive. Sur 8 opérés, 4 ont guéri ; les 4 autres sont morts et 3 fois on a pu faire l'autopsie. Dans ces cas on a constaté que la tuberculose était unilatérale, ce qui légitime les interventions chirurgicales dans cette affection.

12 néphropexies, dont une seul à gauche, ont été pratiquées avec succès. Bon résultat en général, sauf dans des circonstances exceptionnelles. Kœnig fixe le rein au catgut passé en plein tissu rénal.

MARCEL BAUDOUIN.

De la tuberculose rénale primitive, par A. POUSSON (*Journal méd. de Bordeaux, 3 mars 1895*).

Jeune homme de 25 ans sans antécédents pathologiques jusqu'au mois d'octobre 1893. A cette époque, hématurie subite qui s'est continuée sans interruption, mais avec des redoublements d'intensité, pendant sept mois; dans les derniers temps, seulement plusieurs accès très douloureux dans les lombes du côté droit. Le sang est intimement mélangé à l'urine et, d'après l'examen négatif de la vessie, fait penser que la lésion (calcul ou tuberculose) siège dans le rein, bien qu'il ne soit ni douloureux ni volumineux; l'analyse ultérieure du liquide y décèle la présence de nombreux leucocytes nettement bacillaires. Traitement par l'alun de fer, le matico, l'arséniate de soude et les bains salés, qui sont d'abord peu efficaces. La néphrectomie proposée est refusée.

Du mois de mai au mois de décembre retour des hématuries à plusieurs reprises, moins fréquentes et moins abondantes, mais, quoique l'état général paraisse assez satisfaisant, le toucher rectal indique un commencement d'infiltration de la prostate et du col des vésicules séminales, et les urines sont devenues purulentes et ne s'éclaircissent pas par le repos.

L'auteur insiste sur la localisation primitive au rein de la tuberculose sur l'hématurie continue, qui, pendant six mois, en a été le seul signe, et rapproche cette observation de quatre faits analogues publiés par Czerny, Habershon, Tuffier et Routier; il estime que dans certaines formes de la tuberculose rénale il y a lieu de regarder les hématuries comme une indication de la néphrectomie. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

Das Sehen in Zerstreuungskreisen (La vision avec les cercles de diffusion), par SALZMANN (*Graefe's Arch., XL, 5*).

L'auteur, de son travail, conclut, d'après des observations faites surtout sur lui-même, que la soi-disant vision distincte des myopes et des hypermétropes n'est qu'une espèce particulière de vision dans les cercles de diffusion et qu'elles obéissent toutes deux aux mêmes lois, n'étant pas qualitativement mais quantitativement différentes. ROHMER.

Untersuchungen zur Physiologie der Pupillenweite (Recherches sur la physiologie du diamètre pupillaire), par O. SCHIRMER (*Graefe's Arch., XL, 5*).

D'après les recherches de l'auteur, l'ouverture pupillaire n'est pas seulement influencée par la convergence, l'accommodation et des excitants psychiques et sensibles, tels que l'éclairage, mais encore par un autre facteur qui est l'adaptation rétinienne. Si l'on passe de l'obscurité ou de la clarté dans un lieu moyennement éclairé, le résultat ne sera pas

le même; dans le premier cas la pupille sera très étroite, dans le second elle sera large. Pour observer cette adaptation, l'auteur a fait construire un appareil dans lequel, à l'aide d'un prisme, on peut observer la pupille par le côté sans projeter d'ombre sur l'œil. Les modifications de clarté, indépendamment de l'adaptation, entraînent des modifications du diamètre pupillaire; de même, les modifications de l'état d'adaptation, la clarté restant la même, provoquent une contraction ou une dilatation pupillaire. La dilatation pupillaire atteinte avec le maximum d'adaptation rétinienne est, pour Schirmer, physiologique. Le diamètre pupillaire et la réaction pupillaire dépendent par conséquent du rapport entre la clarté extérieure et l'état d'adaptation de la rétine. ROHMER.

Ueber Sehleistung bei Myopie (La vision dans la myopie), par TRIEPEL (*Graefe's Arch., XL, 5*).

L'auteur a voulu mesurer l'acuité visuelle des yeux non corrigés, contrairement à ce que l'on fait habituellement; il a examiné 388 yeux d'enfants des écoles de Leipzig et est arrivé aux conclusions suivantes (les enfants lisaient le tableau de Snellen à 6 mètres) :

1° Chez les myopes de 9 à 20 ans, la vision est d'autant meilleure que le sujet est plus âgé;

2° Le port de verres pour la vue à distance diminue la vision, tandis que le port de verres pour la vue des objets rapprochés peut l'améliorer;

3° L'astigmatisme rend la vision de l'œil myope ou emmétrope plus mauvaise, mais la vision demeure néanmoins meilleure que si tous les méridiens du système réfringent avaient le pouvoir réfringent du méridien le plus réfringent. ROHMER.

Zur Correction der Kurzsichtigkeit durch Aphakie (Correction de la myopie par l'aphakie), par PERGENS (*Klin. Monats. f. Augenh., février 1895*).

L'auteur a opéré 11 cas avec succès; il n'a pas observé de décollement de la rétine ou d'autres complications.

Dans ces 11 cas, il n'opéra que l'œil gauche, au moins au début, afin de pouvoir faire la comparaison de l'évolution de la myopie sur les deux yeux; plus tard, on opéra le second œil, pour donner aux malades une plus grande acuité visuelle pour la vue de près; dans 2 cas seulement, l'œil opéré avait pour la vue de près la même acuité visuelle après qu'avant l'opération. L'étendue de la soi-disant accommodation variait de 22 à 51 centimètres, avec une moyenne de 33 centimètres. La diminution de la réfraction variait entre 14,5 D. et 18 D. ROHMER.

Des avantages de l'usage des verres convexes pour la vision éloignée chez les myopes, par DE WECKER et MASSELON (*Annales d'oculistique, CXIII, février 1895*).

Il s'agit dans ce travail du profit que tirent certains myopes pour la vision à distance de l'emploi des verres convexes. Le mode d'emploi consiste à placer le verre au devant de l'œil à une distance telle que son foyer coïncide avec le punctum remotum. Si le myope relâche complète-

ment son accommodation, comme il devrait le faire d'ailleurs quand il s'efforce de voir à distance, il se trouve alors, grâce à ce verre convexe, adapté pour des rayons parallèles et devient capable de voir à l'infini. Il reçoit alors une image renversée, tout comme un observateur muni de l'ophthalmoscope reçoit une image renversée d'un œil myope lorsque, s'éloignant de l'œil observé, il s'adapte pour le punctum remotum de celui-ci, soit en s'aidant de son accommodation, soit en ayant recours à un verre convexe. Pour un verre convexe donné, l'accroissement de l'image s'accusera à mesure qu'il s'agira d'une myopie plus forte. Ce qui s'oppose à ce que l'on utilise les très forts grossissements que donnent, dans les hauts degrés de myopie, de faibles verres convexes, c'est qu'il faut tenir ces verres assez loin de l'œil et que l'image est alors tellement amplifiée que le champ d'observation se trouve très circonscrit et que le moindre déplacement de la main, qui tient le verre, suffit à faire fuir l'image de l'objet que l'on veut observer. ROHMER.

Le mot « astigmie ». L'astigmie chez les opérés de cataracte, par G. MARTIN (*Ann. d'oculist., CXIII, mars 1895*).

L'auteur propose de remplacer le mot astigmatisme par celui d'astigmie. La chose serait plus logique étant donnée sa racine grecque.

Il publie ensuite une observation d'opéré de cataracte qui, un mois après l'opération, avait 6 dioptries d'astigmie; celle-ci alla en diminuant jusqu'à ne devenir que de 2,50 dioptries 5 mois plus tard. L'auteur en conclut, que le choix définitif des lunettes ne peut toujours être fait à une date fixe de l'opération, et qu'il faudra modifier le numéro des verres suivant les changements qui s'opéreront dans l'œil; enfin, ces changements ne seront souvent définitifs qu'au bout d'un an après l'opération.

ROHMER.

Ueber eine Ophthalmia hepatica, par BAAS (*Graefe's Arch., XL, 5*).

Aux travaux ou observations de Bischoff, Müller, Junge, Stricker, Förster, Litten, Bamberger, Frerichs, Parinaud, Leber et Weiss, l'auteur ajoute deux nouveaux faits. Dans l'un, l'examen anatomique de l'œil a pu être pratiqué; on y trouva des modifications de l'épithélium pigmentaire et des troubles vasculaires, avec œdème de la papille et de la rétine, ainsi que des foyers d'infiltration cellulaire. L'héméralopie peut être mise sur le compte des lésions de l'épithélium pigmentaire dont le rôle dans la production du pourpre visuel paraît bien établi. L'auteur attribue les lésions vasculaires de la chorio-capillaire à l'ictère; il propose de donner à ces altérations oculaires le nom de cirrhose de la choroïde et de différencier l'affection par le terme de choroïdite hépatique ou ictérique.

ROHMER.

Eine bisher noch nicht beschriebene Vaccin Erkrankung des Auges (Une maladie oculaire d'origine vaccinale non encore décrite), par PURTSCHER (*Centralbl. für prakt. Augenh., mars 1895*).

Chez une femme de 33 ans, qui avait 13 jours auparavant soigné son enfant vacciné, apparut une atrésie des paupières très intense, avec douleur et

gonflement des conjonctives, sur l'œil gauche. L'aspect des conjonctives était pâle, gélatineux, sans inégalités; en plusieurs endroits l'épithélium manquait; par places on voyait des petites masses blanches ressemblant à des grains de sagou cuit. Les ganglions préauriculaires sont très gonflés. Des lavages avec une solution de sublimé au 3/1000 firent disparaître le gonflement conjonctival et permirent de voir une ulcération siégeant à la partie supérieure de la cornée qui guérit très vite.

L'auteur cite encore deux cas semblables qu'il eut occasion d'observer.

ROHMER.

Ueber Augenentzündung..... [L'ophtalmie causée par les poils de chenille : opthalma nodosa (Sämisch)], par HILLEMANNS (*Deutsche med. Woch.*, *n° 24*, *p. 517*, *1894*).

A propos d'un cas très net d'ophtalmie causée par les poils de chenille, l'auteur reprend l'historique de cette question. Le premier cas aurait été observé par Pagenstecher, en 1883, et, en tout, une dizaine auraient été publiés à ce jour. Dans 3 cas seulement, le contact de la chenille est formellement noté, comme dans celui observé par Hillemanns. Après une période d'accidents aigus plus ou moins intenses, on voit se développer sur la cornée des nodules qui, examinés au microscope, présentent à leur centre le poil caractéristique. Les troubles de la vue sont toujours assez graves ; les antiphlogistiques, en particulier, l'atropine et les saignées locales ont donné les meilleurs résultats. H. DE BRINON.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Orbitalphlegmone, par GLOOR (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 408*).

L'auteur conclut de son travail : toute lésion, même légère, de la peau au voisinage de l'orbite peut, par infection, conduire au phlegmon de l'orbite et à ses conséquences. Le phlegmon de l'orbite se comporte comme tout phlegmon et a tendance à produire la pyémie. Il résulte de là, pour la thérapeutique, que pour les blessures avoisinant l'orbite il faut employer avec le plus grand soin la prophylaxie nécessaire. Quand le phlegmon est déclaré, il faut le plus tôt possible procurer un écoulement au pus, comme dans les autres phlegmons, pour empêcher la généralisation du processus. Les particularités anatomo-pathologiques du phlegmon de l'orbite sont : la survenance fréquente des abcès en foyer, tant dans les muscles de l'œil que dans le tissu cellulaire environnant et s'accompagnant d'hémorragies. Les suppurations métastatiques se produisent de préférence dans le sinus, à la base du crâne et dans les poumons.

C. LUZET.

Des tumeurs pierreuses des paupières et des sourcils, par J. BRAQUEHAYE et G. SOURDILLE (*Tribune méd.*, *mars 1895*).

Les tumeurs calcaires des paupières et des sourcils, qui sont moins rares qu'on ne l'a dit, comprennent des tumeurs de natures diverses : calculs des glandes lacrymales et de leurs canaux excréteurs ; calculs du sac et des conduits lacrymaux : tophus chez les goutteux ; lithiase des glandes de Meibomius ; tumeurs congénitales complexes ; épithélioma calcifié.

Contrairement à l'opinion courante, ces tumeurs, d'après Braquehaye et Sourdille, ne seraient pas des épithéliomas et seraient congénitales; ils invoquent en faveur de cette opinion les arguments suivants :

L'âge des malades (enfance et adolescence) est aussi celui des kystes congénitaux; le mode de développement de ces tumeurs est semblable dans les deux cas. Souvent, après avoir sommeillé plus ou moins longtemps, on les voit grossir brusquement vers l'adolescence; elles récidivent après ablation incomplète; leur marche est bénigne, sans généralisation, sans dégénérescence ganglionnaire, malgré leur structure; elles siègent constamment aux points d'élection des inclusions fœtales (queue du sourcil, région préauriculaire, scrotum, partie médiane du dos, etc.); on trouve quelquefois un pédicule reliant la tumeur à l'os sous-jacent.

Enfin il y a des cas mixtes où, dans une tumeur biloculaire, on a rencontré dans une poche une dent, et, dans l'autre, de la matière calcaire plus ou moins analogue à l'épithélioma calcifié. OZENNE.

Zum klinischen Bilde der Diphtheriebacillen-Conjonctivitis (L'aspect clinique de la conjonctivite diphthéritique), par O. SCHIRMER (*Graefe's Arch.*, *XL*, 5).

L'auteur a constaté, dans des cas de conjonctivite croupale compliquée de lésions cornéennes, la présence de bacilles diphtériques, par culture et par inoculation au cobaye. L'aspect clinique était celui de la conjonctivite croupale, et la guérison s'est faite sans laisser de cicatrices; malgré cela, il y avait du bacille diphtérique virulent. Le diagnostic entre la conjonctivite croupale diphtérique et celle non diphtérique se fera en ce que, dans le premier cas, les pseudo-membranes s'étendent à toute la conjonctive tarsienne et aux culs-de-sac, l'affection étant unilatérale, les fausses membranes s'enlevant facilement, la conjonctive sous-jacente étant hyperhémiée et saignant facilement, les paupières tuméfiées et l'affection très douloureuse.

Le traitement a consisté en applications de glace et en lavages fréquents avec du sublimé à 1/5000. ROHMER.

Ein weiterer Beitrag zur Conjonctivitis diphtheritica, par W. UTHOFF (*Berlin. klin. Woch.*, *20 et 27 août 1894*).

Uhthoff relate 4 cas de diphtérie conjonctivale évoluant sans entraîner de complications du côté de la cornée ni de la conjonctive. La nature réelle de l'affection fut reconnue 3 fois à l'aide des cultures et des inoculations sur animaux : alors que la conjonctive était en voie de guérison, le pharynx, puis le larynx furent envahis, et le malade succomba 5 jours après la trachéotomie à une paralysie du cœur. Trois fois sur quatre l'une seule des conjonctives fut atteinte, malgré qu'on n'ait nullement protégé l'autre œil. Les 4 malades étaient des enfants exposés plus ou moins à la contagion par l'existence de la diphtérie pharyngée non seulement dans la localité, mais souvent aussi chez leurs frères ou sœurs. Dans les 3 cas qui ont fait l'objet d'un examen bactériologique, à côté des bacilles de Lœffler, il existait des streptocoques et des staphylocoques.

Les inoculations des bacilles diphtériques dans les culs-de-sac conjonctivaux de lapins sont restées infructueuses tant que la conjonctive était intacte. Il n'est pas invraisemblable qu'il en soit de même chez l'homme.

Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est la coexistence relativement fréquente de l'eczéma de la face (2 fois sur 4) avec la conjonctivite diphtérique, que Horner avait déjà signalée (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1875, n° 2). Uhthoff pense que l'eczéma des paupières et des alentours de l'œil détermine une blépharo-conjonctivite qui fraye la voie à l'infection. Chez un de ces petits malades, Uhthoff a même constaté la présence de nombreux bacilles virulents de Klebs et de Lœffler sur les téguments eczémateux avoisinant l'œil.

Il ressort d'autres expériences d'Uhthoff sur des lapins que le poison diphtérique privé de tous bacilles vivants n'est pas en état de provoquer une conjonctivite diphtérique, tout en entraînant la mort des animaux par intoxication. (*R. S. M.*, XLII, 696 et XLIV, 319). J. B.

Un cas de carcinome du limbe conjonctival chez un enfant de 14 ans, par ROGMAN (*Ann. d'oculist.*, *CXIII*, *mars 1895*).

C'est l'âge du sujet qui fait surtout l'intérêt de l'observation; d'autres auteurs ont vu cependant des tumeurs analogues chez des jeunes gens ou enfants de 20 mois (Dujardin), 12 et 13 ans (Panas), 19 ans (Keyser), 27 ans (Lagrange), etc. L'auteur n'est pas de l'avis de Lagrange qui conseille d'énucléer d'emblée ; tant que les milieux de l'œil sont indemnes, il préfère extirper la tumeur aussi complètement que possible, en complétant l'opération par la cautérisation au galvano ou au thermocautère, ou bien par le raclage énergique de la surface d'implantation ; on peut même recouvrir la plaie avec un lambeau conjonctive, ce qui n'empêche pas la surveillance. L'auteur ne dit pas s'il y a eu récidive dans son cas.

ROHMER.

De l'ostéome sous-conjonctival, par GALTIER (*Annales d'oculistique*, *CXIII*, *mars 1895*).

L'auteur, avec la sienne, rapporte trois autres observations dues à de Graefe, Saemisch et de Wecker; dans son cas, il s'agissait d'une enfant de 6 ans, qui quelques mois auparavant avait fait une chute sur le front; aussi l'auteur se demande-t-il si le chapitre de l'ostéome sous-conjonctival est bien légitime ou s'il ne conviendrait pas mieux de faire rentrer ces faits dans celui des fractures de la voûte orbitaire, avec fragment mobile enkysté; ce qui changerait un peu le pronostic, bien que ces tumeurs soient rangées jusqu'à ce jour dans le groupe des tumeurs bénignes de la conjonctive. ROHMER.

Étude clinique et anatomique des kystes séreux ou simples de la conjonctive, par ROMBOLOTTI (*Ann. d'oculist.*, *CXIII*, *mars 1895*).

L'auteur divise ces kystes en 4 catégories : une première variété comprend ceux qui ont leur siège sur la conjonctive bulbaire, et qui sont d'origine congénitale aussi bien que spontanée; l'histogenèse en est absolument inconnue. Une seconde variété, qui a son siège sur la conjonctive bulbaire, près du bord cornéen, et se présente avec les mêmes caractères morphologiques que ceux de la première variété, comprend ceux dont on a voulu rapporter l'origine à des traumatismes (avancement

musculaire, introduction de cils). Une troisième variété de kystes conjonctivaux comprend ceux qui se développent sur la conjonctive bulbaire par dilatation des vaisseaux lymphatiques de la muqueuse. Enfin, une quatrième variété, décrite par Vincentiis, doit son développement à une dilatation kystique des glandes acino-tubuleuses de Krause. ROHMER.

La kératite interstitielle dans la syphilis acquise, par TROUSSEAU (*Ann. de derm., n° 3, 1895*).

La kératite interstitielle n'est pas très rare dans la syphilis acquise. Son début est insidieux, lent, sans phénomènes réactionnels accusés, peu de photophobie, peu de larmoiement; la vascularisation est lente, peu étendue, cède facilement. Du reste, la durée de cette kératite est bien plus courte que dans la syphilis héréditaire et elle guérit plus facilement. L'iris est toujours pris assez violemment et la choroïdite coexiste très souvent. Le traitement mercuriel est très efficace sur la lésion cornéenne dont on peut suivre jour par jour la régression rapide. L'auteur croit que la différence de gravité entre la kératite de la syphilis acquise et celle de la syphilis héréditaire dépend de l'âge et de la résistance moindre de la cornée des jeunes sujets. F. BALZER.

Bacteriologischer Befund bei eiteriger Keratitis, par UHTHOFF et AUENFELD (*Berlin. klin. Woch., p. 1031, 5 novembre 1894*).

Examen bactériologique de 25 cas de kératite suppurée comprenant surtout des ulcères serpigineux. Onze fois, Uhthoff et Auenfeld n'ont trouvé que le diplocoque de Fraenkel et de Weichselbaum; il ne s'agissait dans ces faits que d'ulcères serpigineux. Trois fois, ils l'ont trouvé associé à d'autres microorganismes, mais le rôle pyogène du diplocoque n'était pas plus douteux que dans les cas précédents. Trois fois, ils n'ont trouvé aucun microbe ; mais deux fois l'examen n'a pu être pratiqué qu'à une époque tardive de l'affection, deux à trois semaines après son début. Huit fois, ils ont trouvé d'autres microorganismes (staphylocoques, streptocoques, etc.) sans le diplocoque; 4 de ces faits étaient des ulcères serpigineux.

Uhthoff et Auenfeld concluent que c'est le diplocoque de Fraenkel et de Weischselbaum qui joue le rôle principal dans la genèse de l'ulcère serpigineux de la cornée. J. B.

Étude sur la kératite purulente interstitielle aiguë, par DU GOURLAY (*Annales d'oculist., CXIII, janvier 1895*).

La kératite purulente est très commune dans les départements d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-du-Nord, et elle y compromet chaque année un grand nombre d'yeux. Si les granulations y sont à peu près inconnues et l'ophthalmie purulente rare, la kératite purulente maligne les remplace avec avantage comme élément destructeur; en affirmant qu'elle cause à elle seule la perte du quart des yeux dans la région, l'auteur ne croit pas s'éloigner de la vérité. Généralement, c'est un choc ou la pénétration d'une poussière entre les paupières qui occasionne le début de la maladie. Comme traitement, au début, lavages boriqués ou sublimés à 0,25/00,

collyre à l'ésérine; entre les paupières, pommade à la pyoctanine jaune ou à l'aristol, pansement. S'il y a iritis ou perforation centrale, atropine. Comme traitement chirurgical, grattage, cautérisation, kératotomie avec ou sans cautérisation. ROHMER.

Les ophtalmies du nouveau-né, par VALUDE (*In-16, Paris, 1895*).

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, le nouveau-né est encore assez fréquemment, surtout dans certains milieux, atteint d'ophthalmie. Le plus communément, la maladie revêt le type franc, très aigu, que tout le monde connaît sous le nom d'ophthalmie purulente des nouveau-nés, contre laquelle il faut faire des lavages soignés du vagin de la mère, avant l'accouchement, comme prophylaxie; puis, lorsqu'elle a éclaté, des lavages avec une solution thébaïsée (0,10/00) à la température de 40 à 45°, et des cautérisations biquotidiennes avec une solution de nitrate d'argent à 3 0/0.

D'autres fois, l'ophthalmie affecte une allure différente; elle est plus lente dans son évolution ou plus atténuée dans ses symptômes; d'autres fois encore, ce sont des diphtéries conjonctivales, avec peu ou pas de sécrétion purulente.

L'auteur étudie ensuite les complications de toutes ces lésions: complications cornéennes (taies, staphylomes, atrophie de la cornée et du globe), de la conjonctive (rétraction, symblépharon), des paupières (ectropion).

En résumé, excellent petit livre que tout étudiant et tout praticien feront bien d'avoir entre les mains, car il est de première utilité. ROHMER.

Ueber die Quelle der schweren intraocularen Blutungen nach Operationen, par GOLDZIEHER (*Berlin. klin. Woch., n° 45, p. 1032, 5 novembre 1894*).

Goldzieher discute l'origine des hémorragies intra-oculaires graves, consécutives à des opérations telles que l'iridectomie pour glaucome. Ces hémorragies offrent les particularités suivantes : elles sont toujours précédées de l'issue du corps vitré, preuve qu'elles ne sont pas occasionnées par elle, et la sensibilité douloureuse de l'œil est exquise.

C'est en arrière de la choroïde qu'il faut en chercher la source, d'autant même que, dans tous les cas qui ont pu être examinés à l'autopsie, on a constaté l'intégrité de cette membrane elle-même. Il ne peut s'agir que d'une hémorragie des deux artères ciliaires postérieures longues. Ce sont, en effet, les seuls vaisseaux qui, dans tout leur trajet intra-oculaire, restent constamment en arrière de la choroïde. J. B.

Mumps der Thränendrüsen (dacryoadénite ourlienne), par ADLER (*Wiener med. Presse, 17 février 1895*).

A. donne la relation de cette complication rare des oreillons. Elle concerne un jeune homme de 18 ans, de bonne santé antérieure qui, quelques jours après les manifestations classiques des oreillons, accusa tout d'abord à la paupière supérieure gauche, puis, peu après, à celle de droite, une sensation de tension, avec hémorragie assez considérable. A l'examen, on note que la paupière supérieure gauche est projetée en dehors et en bas, de sorte qu'elle recouvre le tiers externe de la paupière inférieure par une tumeur dure, répondant nettement à la glande lacrymale et à son accessoire ; à droite,

les phénomènes sont identiques. Le traitement consista en compresses, frictions iodurées. *Restitutio ad integrum* en huit semaines. CART.

Méthode des grands lavages dans le traitement de l'ophtalmie purulente, principalement au moyen de l'entonnoir-laveur du Dr Kalt, par BARBARY (*Thèse de Paris, 1895*).

Le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés ne peut être fait qu'à la condition de retourner complètement les paupières. Il n'est donc pas à la portée de chacun, et il produit souvent des lésions cornéennes quand il ne les aggrave pas. La méthode des irrigations antiseptiques simples ou associées donne d'excellents résultats. Les irrigations au permanganate de potasse à 1/5000, au moyen de l'entonnoir-laveur de Kalt, réalisent toutes les chances de guérison rapide et sûre; son maniement est facile. On fera 2 ou 3 irrigations par jour; on ne les cessera pas trop tôt et on les continuera encore lorsque le malade aura ouvert les yeux. Les irrigations au permanganate peuvent être associées à la nitratation, mais aussi peuvent être le traitement exclusif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Dans le traitement de l'ophthalmie des adultes, les grandes irrigations ont donné une amélioration extrêmement rapide. Elles constituent le traitement de choix des catarrhes intenses de la conjonctive.

ROHMER.

Traitement de l'ophtalmie purulente par le formol, par FROMAGET (*Ann. d'oculist., CXIII, février 1895*).

Le formol a été employé par l'auteur de 2 façons : en collyres à 1/200 et en lavages à 1/2000. Après avoir soigneusement lavé les conjonctives palpébrales bulbaires avec la solution à 1/2000, on instille quelques gouttes de collyre. Ces lavages et ces instillations sont faits 4 fois par jour; sur 10 malades traités ainsi, aucun n'a eu la cornée atteinte. L'auteur en conclut que le formol donne des résultats brillants. Chez 2 adultes atteints d'ophthalmie blennorragique, il y a eu 2 insuccès. Le formol est préférable au sublimé qui altère les instruments et est très préjudiciable à la cornée; il est seulement douloureux à dose forte, à 1/200 par exemple. Malgré cela, l'auteur ajoute que le nitrate d'argent est le meilleur des microbicides, tandis que le formol est surtout défertilisant. L'association de ces deux agents ne peut donner que de très heureux résultats. ROHMER.

Ein Fall von Iridochoroiditis suppurativa, etc., par ZIMMERMANN (*Klin. Monats. f. Augenh., février 1895*).

Il s'agit d'un cas d'infection endogène d'origine gonorréique, qui se traduisit sur l'œil par une irido-choroïdite métastatique intense, après s'être localisée sur diverses jointures. Comme on ne peut analyser les humeurs de l'œil, on ne peut dire s'il s'agissait de gonocoques ou de staphylocoques, ou des deux à la fois ayant occasionné la suppuration. En tout cas, les injections sous-conjonctivales de sublimé ont agi avec une rapidité extraordinaire dans les premiers jours, puis leur action s'est un peu ralentie, à tel point que l'exsudat s'est totalement résorbé et que l'acuité visuelle devint à peu près normale. ROHMER.

Ophthalmotonometrische Studie, par OSWALD (*Graefe's Arch.*, *XL*, *5*).

L'auteur a fait des essais comparatifs avec plusieurs tonomètres, surtout ceux de Fick et de Maklakoff. Les mensurations faites avec l'instrument de Maklakoff ont sûrement un caractère plus objectif que celles faites avec l'appareil de Fick. Comme instrument de mensuration relative, l'instrument de Maklakofl donne des résultats très appréciables ; pour les mensurations absolues, c'est l'appareil de Fick qui l'emporte ; cependant, pour en tirer tout le profit, il faut avoir l'habitude de le manier. En tout cas, ces instruments nous donnent, aussi bien au point de vue clinique que théorique, des résultats suffisants pour que nous puissions laisser de côté la méthode de palpation avec les doigts préconisée par Bowmann. L'ophtalmotonométrie, on peut l'affirmer sans crainte, est entrée de nos jours dans une nouvelle phase. ROHMER.

Zur Ätiologie und Therapie des Glaukoms, par WALTER (*Klin. Monats. f. Augenh.*, *janvier 1895*).

On avait espéré trouver dans la scopolamine un produit qui, tout en dilatant la pupille, n'augmente pas la tension intra-oculaire (Raehlmann, Martelli); l'auteur cite 2 cas, l'un d'inflammation du tractus uvéal, l'autre de choroïdite, dans lesquels la scopolamine amena une augmentation de tension manifeste. L'auteur, pour les examens, conseille de s'en tenir à la cocaïne et à l'homatropine. Comme pathogénie, Walter se prononce pour l'occlusion du canal de Fontana par l'iris dilaté. Il recommande la pipéracine, à la dose de 1 gramme par la bouche, pour diminuer la tension de l'œil glaucomateux. ROHMER.

Ueber Megalocornea und infantiles Glaucom, par Ludwig PFLUEGER (*Thèse de Zurich*, *1894*, *et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 18*, *p. 576*, *15 septembre 1894*).

Cinq observations de mégalocornée et 11 de glaucome infantile. Les signes différentiels les plus importants de la mégalocornée ont la transparence normale de la cornée, le volume normal du globe oculaire, le tremblotement de l'iris et du cristallin, la tension normale du globe, la délimitation restée nette entre la cornée et la sclérotique. Dans deux des cas de mégalocornée, plusieurs frères et sœurs avaient également de gros yeux. Il est fréquent d'observer en même temps, dès la jeunesse, un trouble cornéen rappelant le gérontotoxon.

Parmi les cas de glaucome infantile rapportés par Pflüger, l'un mérite d'être spécialement signalé en ce qu'il indique la voie d'une guérison spontanée, par formation d'une sorte de soupape dans la chambre antérieure et écoulement de l'humeur aqueuse au-dessous de la conjonctive bulbaire. Les sclérotomies réitérées sont indubitablement le meilleur traitement du glaucome infantile. J. B.

L'opération de la cataracte simplifiée (procédé de A. Trousseau), par TENNANT (*Thèse de Paris*, *1894*).

L'opération se fait avec un couteau de Graefe, sans écarteur ni pince fixatrices ; pendant la ponction cornéenne, on fait en même temps la

discission avec la pointe du couteau de Graefe ; puis l'opérateur appuie le dos du couteau sur la partie inférieure de la cornée, aidant ainsi à la sortie du cristallin, qu'il est quelquefois obligé de favoriser par une légère pression faite, avec le bord palpébral supérieur, sur le segment correspondant du globe. C'est un procédé réduit à sa plus simple expression. Par son exécution rapide et la suppression du blépharostat, de la pince et du kystétome, les dangers d'infection de l'œil se trouvent réduits au minimum. Les accidents opératoires qui peuvent se montrer sont les mêmes que ceux que l'on observe dans les autres procédés simples d'extraction. Ils sont souvent ici moins graves en ce que l'on peut leur opposer plus rapidement un traitement approprié. ROHMER.

Ueber Schichtstar (De la cataracte zonulaire), par HIRSCHBERG (*Centralbl. für prakt. Augenh.*, *mars 1895*).

L'auteur en 22 ans a opéré 168 yeux atteints de cette variété de cataracte ; aucun ne fut perdu par l'opération. Trois procédés surtout peuvent être mis en usage : 1° la non-intervention ; il est souvent plus difficile qu'on ne croit de ne rien faire, et de respecter l'œil tant que la vision est relativement bonne ; 2° la papille artificielle ne donne pas toujours de bons résultats optiques ; 3° l'extraction du cristallin. Chez les enfants la discission donne d'excellents résultats et l'iridectomie n'est jamais nécessaire, mais il faut de la patience car la résorption ne se fait guère en moins de deux mois. Sur 60 iridectomies, l'acuité visuelle a varié entre 1/20 et 1/3 ; sur 27 discissions, elle a oscillé entre 1/7 et 1/2.
ROHMER.

Faux lenticone, par DEMICHÈRE (*Ann. d'oculist.*, *CXIII*, *février 1895*).

L'auteur appelle faux lenticone cette différence entre la réfringence du noyau et celle de l'écorce du cristallin, qui survient au début de la cataracte corticale, et qui peut, sans une observation attentive, être prise pour un lenticone. L'examen des images catoptriques de l'œil peut seul faire éviter l'erreur. L'auteur démontre dans son travail que la cataracte corticale, à son début, peut donner de grandes surprises, au point de simuler, de la manière la plus évidente, un lenticone. L'exploration la plus attentive des reflets capsulaires est indispensable pour faire un diagnostic dans ces cas. ROHMER.

De la névrite optique consécutive à l'ozène, par SULZER (*Ann. d'oculist.*, *CXIII*, *janvier 1895*).

Les faits cités par l'auteur établissent la coïncidence d'une affection nasale, rentrant dans la grande classe des ozènes, avec un trouble oculaire caractérisé à l'ophthalmoscope par une inflammation interstitielle du nerf optique. Existe-t-il un lien de cause à effets entre les deux affections? Il faut bien avancer qu'aucun symptôme ne le prouve directement, mais il y a certaines circonstances qui le rendent très probable. Les symptômes cliniques et ophthalmoscopiques sont, dans les deux cas, caractéristiques et presque identiques : lacune du champ visuel comprenant la moitié inférieure et perçue par le malade sous la forme d'un brouillard, d'un

voile. L'organe visuel se fatigue très facilement et la fatigue se traduit par un agrandissement du scotome. A l'ophthalmoscope, on observe une papillite des moitiés supérieures des nerfs optiques, les moitiés inférieures étant normales ou à peu près normales. Cette localisation d'une papillite est très rare et n'a été observée que dans des affections au foyer de l'encéphale et du crâne. Or, aucun symptôme ne permet de supposer une telle affection dans les cas décrits. C'est ainsi, par voie d'exclusion successive, qu'on arrive à reconnaître l'affection pituitaire comme cause de la névrite optique. ROHMER.

Ein Fall von durch Operation gebesserter linksseitiger traumatischer Ophthalmoplegie, par G. GUTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41, p. 933, 8 octobre 1894*).

Homme de 36 ans, ayant une paralysie complète du moteur oculaire commun, consécutive à une fracture de la base du crâne. Comme le droit interne avait conservé quelque motilité, Gutmann eut l'idée de rendre la vision binoculaire possible en corrigeant la paralysie de la paupière supérieure et celle du droit interne.

Dans ce but, il fit d'abord avec succès l'opération de Panas contre le ptosis (*R. S. M.*, XXVIII, 684), puis, comme dans le strabisme, la suture du muscle droit paralysé et sa ténotomie.

Trois ans se sont écoulés dès lors. Naturellement, le blessé a encore de la diplopie dans les regards en haut et en bas, de l'immobilité de l'œil gauche dans le sens vertical et de la parésie de l'accommodation, mais ces diverses paralysies ne le gênent point. Par une certaine attitude de la tête, il peut d'ailleurs faire cesser la diplopie quand il regarde en haut, et il ne voit les images doubles, quand il regarde en bas, que s'il fixe directement un objet déterminé. La cicatrice, due à l'opération de Panas, est presque invisible maintenant. J. B.

Ueber eine farben Reaction der belichteten und unbelichteten Netzhaut (Sur une réaction colorée de la rétine colorée ou non), par BIRNBACHER (*Graefe's Arch.*, *XL*, *5*).

Les travaux d'Angelucci, van Gendern Stort, Engelmann, Gradenigo, Dennisenko et autres, nous ont appris qu'entre une rétine longtemps maintenue à l'obscurité et celle qui a été exposée à une lumière vive avant la fixation de ces éléments, il y a de notables différences dans la forme et la position réciproque des éléments externes de la rétine. Ce n'est pas seulement la lumière, mais aussi la chaleur, la pression mécanique sur le globe, les troubles de nutrition, des poisons, qui peuvent amener des changements identiques. Chimiquement, des rétines de grenouilles restées longtemps dans l'obscurité ont toujours une réaction alcaline, tandis que celles qui sont exposées à la lumière ont une réaction acide d'autant plus marquée que l'exposition a été plus prolongée. Dans l'auteur aussi, un même élément rétinien peut devenir acédophile ou non acédophile, suivant l'état d'activité ou de repos fonctionnel. ROHMER.

Mittheilung über die Extraction eines Glasspliters, etc. (Extraction d'un éclat de verre de la chambre antérieure avec considérations sur l'inflammation provoquée par le corps étranger), par WAGENMANN (*Graefe's Arch.*, *XL*, *5*).

Un morceau de verre ayant pénétré dans la chambre antérieure pro-

voque de l'injection ciliaire et une kératite limitée ; au bout d'un certain temps, les phénomènes irritatifs ayant augmenté, l'extraction fut pratiquée, et le corps étranger immédiatement introduit dans un tube de gélatine ; le milieu nutritif demeura stérile. Leber avait déjà prétendu que le verre, même aseptique, introduit dans l'œil, agit non seulement mécaniquement, mais encore chimiquement. Wagenmann pense que l'action mécanique seule doit être incriminée. ROHMER.

I. — La recherche des corps étrangers au moyen de l'aiguille aimantée, par E. KUMMER (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 9, p. 490, septembre 1894*).

II. — Encore l'extraction d'une aiguille, par le même (*Ibid., n° 12, p. 686, décembre 1894*).

I. — Dans ce travail d'ensemble, Kummer trace d'abord l'historique de la question et étudie successivement les côtés clinique et physique, indique ensuite les règles pratiques pour la recherche des corps étrangers ferrugineux au moyen de l'aiguille aimantée et termine par le résumé de 22 observations dont 6 personnelles sur lesquelles 4 sont inédites et les autres relatées soit dans la *Revue méd. de la Suisse romande*, 1890, soit dans la *Revue de Chirurgie*, 1891 ; les autres observations sont empruntées à Kocher (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1884), à Dumont (*ibidem*), à W. Sachs (*Deuts. med. Woch*, 1891), à Kaufmann (*Deuts. Zeits. f. Chirurg.*, XXI), à Graser (*Münch. med. Woch*, 1887) et à Lauenstein (*R. S. M.*, XXXVII, 633).

II. — Ayant eu de nouveau l'occasion d'apprécier la valeur de cette méthode d'investigation, Kummer insiste socialement sur deux points ressortant de sa dernière observation : 1° la boussole, très rapprochée de la place incriminée, n'a présenté aucune déviation avant l'aimantation du bras sur un électro-aimant; immédiatement après, la déviation de la boussole ne laissait pas de doute sur la présence de corps étrangers; 2° la malade endormie et une large incision pratiquée, il a été impossible au doigt de sentir le corps étranger; l'aiguille aimantée, introduite dans l'intérieur de la place et présentant à un point marqué une déviation constante, a seule engagé à choisir les fibres d'un muscle dans lequel le corps étranger était caché.

Donc, dans les cas difficiles, une pointe de la boussole doit être introduite au milieu même de la plaie, et l'instrument qui se prête le mieux à cette opération est l'aiguille aimantée simple soutenue sur un pivot ou suspendue à un fil de coton. (*R. S. M.*, XXX, 631). J. B.

Des plaies pénétrantes de l'œil par des morceaux de cuivre, etc., par LEBER (*Revue gén. d'opht., 31 octobre 1894*).

Les plaies pénétrantes de l'œil occasionnées par des morceaux de cuivre sont d'un caractère particulier. Ce métal peut causer des inflammations purulentes par son action chimique seule, de sorte que sans l'aide de microbes il peut se produire de l'hypopyon et des infiltrations purulentes du corps vitré. De plus il est particulièrement nuisible à la rétine dont il cause le décollement et la dégénérescence atrophique. Par suite de la matière si dangereuse de ces corps étrangers, la tâche principale

du traitement est de les extraire promptement. Parmi 46 cas de lésions causées par la perforation de l'œil par du cuivre ou du laiton observés en 23 ans, 6 appartiennent à la chambre antérieure et à l'iris, 40 à la partie postérieure de l'œil, mais seulement 30 parmi ceux-ci furent soignés. Dans 9 cas sur ces 38, on a immédiatement procédé à l'énucléation ou à l'exentération. L'extraction du corps étranger a été essayée dans 25 cas et dans les 4 qui restent on a fait seulement une iridectomie préparatoire ou opération de cataracte. Leber est d'avis qu'on a tort de livrer à l'énucléation un œil qui renferme un morceau de cuivre, tant que la fonction de la rétine est intacte; même dans les cas où l'on ne peut rendre la vision, il est préférable d'essayer de conserver l'œil, car le danger de l'ophtalmie sympathique est une exception.

ROHMER.

Gallicine, son emploi en thérapeutique oculaire, par Carl MELLINGER (*Therap. Monats.*, *n° 5*, *p. 255*, *1895*).

La gallicine, éther méthylique de l'acide gallique, employée à l'état de poudre dans le traitement des catarrhes oculaires, kératites superficielles, eczéma conjonctival, a donné de bons résultats à la clinique de Bâle. C'est un produit dépourvu de toxicité. P. TISSIER.

Sur l'emploi de la formaldéhyde dans le traitement des maladies oculaires et spécialement des aflections du sac lacrymal, par G. LAVAGNA (*Giorn. delle R. Accad. di Torino*, *LVIII*, *2*, *p. 131*).

Lavagna a employé dans le traitement des maladies oculaires et spécialement des affections du sac lacrymal la formaldéhyde dont le pouvoir antiseptique a été vérifié par différents médecins et qui a été utilisée pour la première fois par Valude en thérapeutique oculaire. Le titre de la solution employée par lui est de 1/2000; à l'aide de cette solution, après ouverture du conduit lacrymal, il fait un lavage du cul-de-sac conjonctival, puis du sac lacrymal et des canaux. Après 10 à 15 jours le catarrhe a cessé. L'action est surtout remarquable dans les dacryocystites phlegmoneuses, grâce au pouvoir de diffusion du médicament. La solution indiquée n'est pas toxique; elle détermine seulement une très légère sensation de brûlure, d'ailleurs passagère. G. LYON.

Ueber sub-conjonctivale Sublimat-Injectionen (Sur les injections sous-conjonctivales de sublimé), par SCHMIDT-RIMPLER (*Therap. Monatsh.*, *n° 3*, *mars 1895*).

Dans la kératite à hypopyon, dans les ulcérations de la cornée, dans la kératite diffuse, il ne faut rien attendre de particulier des injections sous-conjonctivales de sublimé ; elles sont beaucoup plus actives dans l'iritis et peut-être dans la choriorétinite. Dans 3 cas d'infection à la suite de plaies traumatiques elles ont échoué. PAUL TISSIER.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire, par MATARAUGAS (*Thèse de Paris*, *1894*).

Toutes les fois qu'il s'agira de combattre une infection aiguë ou chronique, primaire ou secondaire, venue soit de l'extérieur par une érosion

cornéenne ou traumatique, soit de l'intérieur, par infection répercutée ou métastatique, les injections sous-conjonctivales constitueront le moyen le plus rapide et le plus énergique d'enrayer le processus morbide, localement tout au moins. Dans tous les cas où la médication mercurielle est indiquée et où il sera nécessaire d'enrayer à bref délai les progrès du mal, aucun moyen ne sera mieux à même de rendre service que les injections sous-conjonctivales de sublimé, combinées au traitement général. Elles ont un effet remarquable dans les cas d'iritis, d'irido-choroïdite ou de kératite diffuse. On peut conclure que dans les affections syphilitiques localisées à l'œil, on possède dans les injections sous-conjonctivales de sublimé une médication rapide et sûre. Dans les processus inflammatoires d'autre nature, ces injections sont un adjuvant puissant du traitement général. Dans les infections aiguës, surtout post-opératoires, on possède un moyen de guérison souverain presque indispensable. ROHMER.

Sur le traitement de la syphilis oculaire par les injections intramusculaires d'huile biiodurée, par GABRIÉLIDÈS (*France méd., p. 49, 25 janvier 1895*).

L'huile d'olives stérilisée contenant 4 grammes 0/00 de biiodure de mercure et employée en injections intra-musculaires ne cause ni douleurs, ni phlegmons, quand on opère antiseptiquement. Elle ne provoque ni albuminurie, ni intoxication.

On observe chez quelques malades des nodules non douloureux qui disparaissent dans la quinzaine suivante.

Ces injections doivent être faites tous les jours, et même dans les cas graves deux fois par jour. Le point d'élection est les muscles fessiers. Malgré la guérison de l'affection oculaire et l'usage de l'iodure de potassium, on doit pratiquer deux séries de 30 injections dans le cours de la même année. LEFLAIVE.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans le traitement de certaines maladies de l'œil, par ROHMER (*Revue méd. de l'Est, n° 14, p. 417, 15 juillet 1894*).

Pour les lésions cornéennes nettement spécifiques, les injections sous-conjonctivales de sublimé ont, dans les premières périodes de la maladie, une action ni plus ni moins intense que les injections générales d'un sel mercurique ; à la dernière période, alors qu'il persiste au centre de la cornée une opacité bien limitée, l'action des injections générales paraissant épuisée semble être renforcée par les injections locales, lesquelles agissent comme substitutif, au même titre mais plus énergiquement que le massage ou tout autre traitement mécanique. Pour les solutions de continuité infectieuses de la cornée, les pansements secs et rares sont préférables aux injections sous-conjonctivales.

Les maladies de l'iris ne bénéficient pas beaucoup de la méthode. Quant aux lésions des membranes profondes de l'œil (cercle ciliaire, choroïde, rétine, corps vitré, nerf optique), les résultats obtenus sont médiocrement encourageants. LEFLAIVE.

Traité de l'œil artificiel, par PANSIER (*Paris*, *1895*).

L'auteur passe d'abord en revue l'historique de la question depuis le siège de Troie jusqu'à nos jours. Il nous décrit ensuite les différentes sortes d'yeux, en verre, en émail, etc., leur fabrication; il nous montre leurs avantages; il nous dit à quel moment il faut faire la prothèse, comment il faut la faire, la façon d'introduire entre les paupières l'œil artificiel, les soins qu'il nécessite pour la conjonctive qui le supporte, les complications qui peuvent se produire, etc. Comme le dit Truc, dans son introduction à ce petit livre, le sujet est fort intéressant et peu connu dans ses détails; nos classiques sont nécessairement brefs, assez incomplets, et les traités spéciaux étrangers ou antiques. Aussi l'auteur a-t-il comblé fort utilement une lacune; c'est ce qui fait que ce petit livre sera rapidement devenu classique. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en oto-rhinologie, par Victor TEXIER (*Thèse de Paris*, *1895*).

Étude très complète sur le bromure d'éthyle; par des expériences multiples chez les animaux, l'auteur a déterminé la zone maniable de cet anesthésique, son action à petites, moyennes et fortes doses. Pour l'administrer sans danger, il préconise le procédé suivant : ne pas dépasser la dose qui agit sur le cerveau et qui amène une inhibition suffisante de cet organe sans influencer la moelle. Cet état d'apsychie, d'inconscience momentanée n'amène pas d'accidents. Pour ce faire, T. verse d'un seul coup de 3 à 5 grammes de bromure d'éthyle sur la compresse pour des enfants de 3 à 8 ans, 5 à 10 grammes pour ceux de 8 à 15. Le temps nécessaire varie de 15 à 35 secondes. En aucun cas il ne faut dépasser ces limites. L'anesthésie est suffisante pour une foule de petites opérations de rhino-otologie. A. CARTAZ.

Ueber die Beziehungen..... (Des rapports entre l'angine et le rhumatisme articulaire aigu), par BUSS (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LIV*, *p. 1*).

Les observations de Buss sont divisées en deux séries : dans l'une il donne 12 observations de survenance répétée d'angine et de rhumatisme articulaire dans une seule et même famille ; dans l'autre il donne 11 cas où le rhumatisme articulaire aigu a été la suite immédiate de l'angine chez une seule et même personne. Il donne encore 3 cas de la même

sorte, mais où les rapports ne sont constatés que par les anamnestiques fournis par le malade. Il conclut de ses recherches que, à la suite ou dans le cours d'une angine, on observe souvent des douleurs articulaires et des inflammations visibles des articulations, qui en imposent pour du rhumatisme articulaire aigu. Dans l'exsudat de l'angine lacunaire et dans le contenu des synoviales et articulations du rhumatisme aigu on a trouvé les mêmes microbes pathogènes. Il peut partir du larynx, et spécialement des amygdales, une infection générale avec participation des articulations. Buss croit donc que, pour nombre de cas de rhumatisme articulaire, la porte d'entrée du microbe correspondant doit être cherchée dans la muqueuse pharyngienne et spécialement dans les amygdales.

C. LUZET.

Ueber rheumatism Angina (Polyarthritis anginosa), par E. ROOS (*Berlin. klin. Woch., n° 257, p. 575 et n° 26, p. 603, 18 et 25 juin 1894*).

Les relations entre le rhumatisme articulaire et certaines angines, bien connues en France et en Angleterre, ont paru ignorées en Allemagne jusqu'à présent. Roos publie 5 observations dans lesquelles une amydalite a été le premier symptôme d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

L'angine rhumatismale est en général caractérisée par une dysphagie intense de la langue et du gonflement de la muqueuse pharyngienne, le plus souvent par de la tuméfaction d'une ou des deux amygdales suivie ou non de suppuration; enfin par l'absence ou l'insignifiance des enduits tonsillaires et une durée relativement longue. Somme toute, l'aspect seul des lésions ne suffit pas pour déceler la nature rhumatismale de l'angine.

D'autre part, on voit également survenir des manifestations articulaires à la suite d'angines totalement différentes, d'amygdalites folliculeuses ou lacunaires. Il s'agit ici non plus d'angines rhumatismales, mais de rhumatismes angineux comparables au rhumatisme blennorragique et dus à un agent infectieux pénétrant par les amygdales et allant s'installer soit dans les articulations, soit dans l'endocarde.

Roos conclut : les rapports entre les angines et le rhumatisme articulaire peuvent s'interpréter de deux façons. Tantôt l'angine qui précède les arthrites est provoquée par le même agent infectieux qu'elles et n'est qu'une manifestation précoce de rhumatisme articulaire aigu. Tantôt certaines angines sont suivies d'affections pseudo-rhumatismales avec localisations de l'agent infectieux, cause de l'angine, dans les articulations et les séreuses. On a affaire alors à des infections purulentes atténuées généralement précédées d'une suppuration amygdalienne. (*R. S. M.*, XXXV, 691.)

Some remarks upon so called follicular angina and its relation to diphteria, par J. SENDZIAK (*Journ. of laryng., avril et mars 1895*).

Bonne étude de cette forme d'angine caractérisée par des plaques blanchâtres dans les cryptes de l'amygdale. S. la regarde comme fréquente, 133 cas sur 3,470 malades de la gorge, surtout entre la 10e et la 30e année. C'est une affection contagieuse (épidémies de famille ou de maison, quatre observations personnelles), mais n'ayant aucun rapport

avec la diphtérie. On ne trouve comme bacilles que les staphylococus et les streptocoques, jamais le bacille de Loeffler. L. signale la concomitance de l'inflammation de l'amygdale linguale (12 fois sur les 133 cas), la prédisposition causée par l'hypertrophie des amygdales. Traitement antiseptique (gargarismes au salol) et antipyrétique. A. CARTAZ.

Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique, par BOURGES (*Archives de méd. exp., VII, 1*).

Un enfant de 7 ans présente, à la suite d'atteintes ébauchées de mal de gorge, une angine pseudo-membraneuse dans laquelle existe en grande prédominance le streptocoque, sans bacille de Löffler. L'angine se transmet à la mère sous la même forme bactériologique. Or, il se développait chez l'enfant, un mois environ après l'atteinte angineuse, une paralysie atteignant le pharynx, les moteurs oculaires, les membres, et affectant toute l'allure d'une paralysie diphtérique, quoique le bacille diphtérique eût été absent dans l'angine causale. Ainsi se trouve confirmée l'opinion de Gübler touchant la possibilité du développement de paralysies de cette forme à la suite d'angines simples, et en l'absence de toute diphtérie. GIRODE.

Lymphosarcoma des Pharynx und Larynx, par STÖRCK (*Wiener med. Woch., 29 septembre, 6, 13, 20 et 27 octobre 1894*).

Le diagnostic du lymphosarcome du pharynx et du larynx paraît être si difficile dans son stade initial qu'il ne serait jamais porté, car on le confondrait couramment avec des manifestations syphilitiques, épithéliomateuses ou adénoïdes, et aussi parce que les malades ne se soumettent en général à un examen que lorsque déjà le néoplasme en est arrivé à la période d'exulcération. De l'étude de nombreux cas diagnostiqués histologiquement et suivis avec soin, S. croit pouvoir conclure qu'il existe toutefois quelques indices rendant possible un diagnostic clinique précoce; tels sont : l'âge du sujet, la dureté extrême de la néoformation, le nul effet du traitement mercuriel ou ioduré, etc. Il donne ici très en détail les observations de sa pratique personnelle et de celle de divers chirurgiens. Il n'en tire du reste pas de conclusions fermes et précises. Le travail de S. se termine par un index comprenant 25 indications bibliographiques. CART.

Ueber die plexiformen Sarkome des harten und veichen Gaumens (Des sarcomes plexiformes de la voûte palatine et du voile du palais), par V. EISENMENGER (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXXIX, 1 et 2, p. 1*).

Les sarcomes plexiformes du palais ont été observés d'abord par Nélaton, puis étudiés par Robin, qui voyaient dans ces productions des adénomes. Or, il n'en est pas toujours ainsi. Certainement il y a des adénomes vrais des glandes muqueuses du palais; mais, à côté de ces tumeurs, il y en a d'autres, qui sont tout à fait comparables aux néoplasmes ou tumeurs mixtes de la parotide (sarcomes de Kaufmann). On sait que ces tumeurs mixtes viennent d'un germe congénital inclus dans la glande; or, il est probable que les choses se passent de même dans le palais, région où les phénomènes de développements sont assez com-

plexes. On trouvera dans ce travail cinq observations inédites qu'il faut ajouter aux 76 cas déjà publiés. Les tumeurs ne sont pas d'ordinaire d'origine épithéliale, mais sont bien plutôt caractérisées par des proliférations cellulaires endo ou périthéliales, accompagnées des éléments de l'enchondrome, du myxome, du lipome, etc. Ces sarcomes palatins, comme ceux de la parotide, siègent plus souvent à gauche et ne sont jamais médians. L'accroissement est lent; on n'est guère appelé à opérer qu'au bout de 8 à 10 ans, car seulement au bout de ce temps la production néoplasique devient assez volumineuse pour gêner la mastication et la respiration. La bénignité est réelle, mais non absolue. L'extirpation est d'ordinaire aisée par simple énucléation; rarement une opération plus complexe est nécessaire. MARCEL BAUDOUIN.

Nouvelle opération pour la cure de la division du palais et du voile palatin, par N. DAVIES COLLEY (*Medico chir. Transact., LXXVII, 237*).

Depuis plusieurs années, l'auteur a l'habitude de traiter ces cas en prenant un lambeau triangulaire sur le côté du palais opposé à la fente et l'attachant de l'autre côté. Cette opération est applicable : 1° aux enfants; 2° aux cas où l'opération ordinaire n'a pas réussi; 3° aux cas où la fente est trop vaste.

La méthode est un peu compliquée, mais rendue très claire par les diagrammes qui accompagnent la description.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

Aucun tissu n'est retranché. Les surfaces vives en contact sont plus grandes que dans l'opération ordinaire. La tension est beaucoup moindre. La pression de la langue est utile au lieu d'être nuisible. Si une partie seulement de la voûte est divisée on peut se servir de la muqueuse et du périoste de la partie non divisée. Aucun traitement spécial n'est exigé. L'auteur se sert pour les sutures d'un anneau spécial.

Les inconvénients sont les suivants :

L'opération est plus longue, à cause du nombre des sutures. Une petite ouverture peut rester non fermée en avant des lambeaux. On pourrait y remédier par une seconde opération. Quant à la gangrène, l'auteur ne l'a jamais observée. H. R.

Beitrag zur Resection des Pharynx, par Curt. BROEM (*Archiv für klin. Chir., XLIX, 4, 873-887, 1895*).

D'après deux interventions heureuses pratiquées sur des tumeurs malignes ayant envahi la moitié du voile du palais et les parties voisines, l'auteur préconise une combinaison des méthodes de Langenbeck et de Mikulicz.

L'incision va de l'apophyse mastoïde jusqu'au niveau de l'os hyoïde, le long du sterno-cléido-mastoïdien; puis se relève, traverse la région sous-maxillaire et coupe le milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur pour atteindre la commissure labiale par un trajet à convexité inférieure. Ablation des ganglions; on libère le bord postérieur de la branche montante du maxillaire.

Extirpation complète de la tumeur d'avant en arrière. La partie postérieure de la plaie n'est pas suturée pour permettre le tamponnement.

Dans un cas, il fallut prolonger l'incision jusqu'au niveau du bord inférieur du larynx, et dans l'autre enlever au ciseau le bord alvéolaire du maxillaire supérieur au niveau des trois dernières molaires.

Avec la résection définitive de la branche montante, l'intervention est plus facile et les suites sont plus simples qu'avec la résection temporaire; la difformité est peu grave, la mastication n'est guère gênée. Après l'opération laisser en place la canule 4 à 6 jours, et la sonde 15 jours.

MARCEL BAUDOUIN.

Pharyngotomie supra hyoïdea, par Th. JEREMITSCH (*Archiv f. klin. Chir., XLIX, 4, 792-802, 1895*).

Un homme de 34 ans se fait une section transversale du cou de 6 centimètres de long, passant à 2 millimètres au-dessus de l'os hyoïde, atteignant la paroi postérieure du pharynx, sans blesser de nerf ni de vaisseau important. Suture, guérison par première intention.

D'après ce cas et l'étude anatomique de la région, l'auteur décrit la pharyngotomie sus-hydoïdienne : Inciser d'un sterno-mastoïdien à l'autre : 1° la peau; 2° le tissu sous-cutané, le fascia superficiel, le peaucier; 3° la 1re aponévrose, sectionner la veine médiane, relever la glande sous-maxillaire ; 4° la 2e aponévrose; 5° les muscles, inciser le digastrique au-dessus de son entre-croisement avec le stylo-hyoïdien pour éviter le nerf hypoglosse et la linguale, mais en restant toujours le plus près possible de l'os hyoïde et parallèlement à son corps et à ses cornes; 6° enfin inciser toute la paroi antérieure du pharynx en tournant un peu le scalpel en haut pour éviter de blesser l'épiglotte.

Après l'opération, faire uniquement pendant plusieurs jours l'alimentation rectale; s'abstenir de la sonde œsophagienne, car il est indispensable d'éviter tout mouvement de toux et de déglutition et les vomissements.

La pharyngotomie sus-hyoïdienne est préférable à la pharyngotomie sous-hyoïdienne : 1° Elle donne plus de jour; 2° peut être complétée par une incision médiane perpendiculaire; 3° évite une incision spéciale pour la ligature des linguales; 4° a les mêmes indications et permet de plus d'atteindre la base de la langue et le pharynx supérieur.

MARCEL BAUDOUIN.

Die Totalextirpation der Epiglottis nebst einigen Bemerkungen zur Pharyngotomia subhyoïdea, par ROSENBAUM (*Archiv f. klin. Chir., LXIX, 4, p. 773-792, 1895*).

Opération pratiquée chez un homme de 64 ans pour une tumeur. Trachéotomie préventive.

Incision cutanée le long de tout le bord inférieur de l'os hyoïde; incision de tous les muscles hyoïdiens à leur insertion ; seule, la partie latérale du muscle thyro-hyoïdien est respectée à droite et à gauche et écartée ; l'artère et le nerf laryngés supérieurs sont bien reconnus, et peuvent être écartés sans danger si l'incision peut être grande. Incision du ligament thyro-hyoïdien médian au niveau de son insertion à l'os hyoïde.

Le pli glosso-épiglottique est à nu, on le fait tomber au moyen d'une pince passée dans la bouche ; on l'incise ; l'incision est prolongée latéralement le

plus loin possible et ses lèvres pincées pour faciliter plus tard la suture. L'épiglotte est attirée avec des pinces de Muzeux et excisée en entier avec les ciseaux courbes, après tamponnement provisoire de la glotte. Les lambeaux de muqueuse, spécialement ceux qui restent appendus aux ligaments de la langue, sont suturés au reste de la muqueuse du pétiole et à celle du pharynx.

La sonde est mise en demeure pendant plusieurs jours, puis le cathétérisme est pratiqué pendant plusieurs semaines. Depuis deux ans, dans le cas en question, la déglutition est normale mais la voix reste un peu rauque.

MARCEL BAUDOUIN.

Ueber die Beziehungen der Tuberkulose..... (Sur les rapports de la tuberculose des ganglions lymphatiques avec celle des amygdales), par Em. KRUECKMANN (*Archiv f. pathol. Anat.*, *CXXXVIII*, *3*).

La tuberculose des amygdales est très fréquente. Sur 64 autopsies, l'auteur a noté 25 fois des lésions tuberculeuses dans l'organisme et sur ces 25 cas, 12 présentaient des altérations tuberculeuses dans les amygdales.

Les lésions tuberculeuses des amygdales sont le point de départ de la tuberculose des ganglions lymphatiques du cou, comme l'ont annoncé Hanau et Schlenker.

On trouve souvent des amygdales tuberculeuses alors que les lésions pulmonaires sont peu accentuées.

ÉD. RETTERER.

Des hypertrophies polypoïdes de l'amygdale, par LEMARIEY (*Ann. mal. de l'or.*, *mai 1895*).

L. étudie, dans ce travail, les tumeurs polypeuses formées par l'hypertrophie simple de l'amygdale. Ces tumeurs peuvent être dues, tantôt au développement d'une amygdale accessoire, tantôt à l'allongement du point d'implantation d'un ou de plusieurs lobes d'une amygdale multilobée et hypertrophiée, tantôt enfin à la pédiculisation de l'amygdale dans sa totalité. Ces hypertrophies évoluent en deux sens, suivant le type fibreux ou le type lymphadénique.

L. rappelle les observations antérieures et publie un cas intéressant de cette lésion.

A. CARTAZ.

Zur Lehre von der Rhinitis fibrinosa, par FELSENTHAL (*Münch. med. Woch.*, *n° 3*, *p. 51*, *1895*).

Dans deux cas de coryza membraneux, observés bactériologiquement, l'auteur a trouvé une fois l'absence de bacille diphtéritique, d'autres fois sa présence avec virulence atténuée. Il faut considérer ces faits comme des cas de diphtérie dans la plupart des cas, et se comporter en conséquence au point de vue du traitement, et surtout de la prophylaxie, quand on aura prouvé la nature diphtéritique des cas par l'examen bactériologique.

C. LUZET.

Recherches pathogéniques sur le rhume des foins, par JOAL (*Revue de laryng.* *1er avril 1895*).

J. a rassemblé 127 cas de coryza des foins, se divisant en 39 de 6 à

12 ans ; 17 de 12 à 22 ; 71 de 22 à 50 ans, et c'est d'après l'ensemble de ces faits, leur étude minutieuse, qu'il conclut à la nature névropathique et réflexe de cette lésion. Trois facteurs y prédisposent : l'arthritisme (dans 109 cas il y avait eu chez les parents des manifestations variées de cet ordre, et chez 67 des 71 adultes il y avait des accidents du même genre); le nervosisme (accidents plus ou moins marqués de neurasthénie chez 101 sur 127); enfin hyperexcitabilité nasale. On peut l'observer sans lésion de la muqueuse, mais souvent (65 cas) il existe de l'hypertrophie de la muqueuse des cornets ; chez 116 il y avait de l'hyperesthésie de la pituitaire.

Les phénomènes vaso-moteurs et spasmodiques sont sous la dépendance de réflexes secondaires du nez qui ont pour cause des excitations d'ordre sensoriel (odeurs, lumière) ou des excitations se rapportant à la sensibilité générale. La spécificité du pollen et de certains microorganismes ne saurait être admise. J. a fait à ce sujet des expériences très démonstratives. A. CARTAZ.

Ueber die Anwendung der Elektrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasenscheidewand, sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut, par BRESGEN (*Berlin. Klin. Woch., nº 41, p. 945, 8 octobre 1894.*)

Bresgen ne reconnait qu'un champ très borné à l'emploi de l'électrolyse dans les affections nasales. Elle n'est indiquée que dans les cas où l'on ne peut procéder d'une façon rapide et dans ceux où il est absolument impossible de recourir à une médication plus radicale. Bresgen y a recours dans les tuméfactions cartilagineuses et osseuses de la cloison et dans les tuméfactions de la muqueuse. Il donne la préférence à l'aiguille double.

Dans la discussion, *Hajek*, *Stœrk*, *Heymann* et *Chiari* déclarent tous qu'ils préfèrent à l'électrolyse les autres méthodes thérapeutiques (*R. S. M.*, XXXIV, 292 et XLI, 307.) J. B.

A discussion on the diagnosis and treatment of empyema of the nasal accessory sinuses, par CH. SYMONDS, MAC DONALD, SPICER, etc. (*Brit. med. Journ., 13555, 15 décembre 1894*).

Charles Symonds insiste surtout sur la difficulté du diagnostic et du traitement des suppurations, des sinus ethmoïdaux, spécialement quand il existe simultanément des polypes au niveau du méat moyen. L'incertitude est grande de savoir en pareil cas si le pus est le résultat du polype, ou s'il vient du sinus frontal ou ethmoïdal. Dans le doute, il convient, après avoir essayé les lavages antiseptiques, de faire l'ouverture du sinus frontal. L'auteur publie 7 observations de suppurations chroniques des sinus frontaux et ethmoïdaux, deux fois accompagnés d'extension à l'orbite et des abcès du lobe frontal du cerveau.

Greville Mac Donald conseille les irrigations nasales avec une solution d'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène) au quart, en prenant la précaution de faire pénétrer le liquide dans les fosses nasales après avoir renversé la tête en bas, ce qui assure l'irrigation de la région ethmoïdale.

Scanes Spicer combat l'ouverture du sinus maxillaire par la voie alvéolaire : il l'attaque directement par la joue, de façon à faire un large drainage et des irrigations boriquées deux fois par jour. C'est le seul moyen de débarrasser la cavité du sinus des exsudats caséeux qui l'encombrent. H. R.

Ueber Eiterungen der Siebbeinzellen, par E. BAUMGARTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41, p. 945, 8 octobre 1894*).

Parmi les suppurations des cellules ethmoïdales, Baumgarten distingue : 1° la carie et la nécrose simple de l'ethmoïde ; 2° la carie nécrosique avec enkystement du pus ; 3° les polypes ; 4° les suppurations à tendance ossifiante. La syphilis est la cause de beaucoup de ces cas. Toujours le pus est visible et l'os malade peut être senti. Le traitement consiste dans les grattages et l'enlèvement de toutes les parties malades, suivis de tamponnements à la gaze iodoformée, mais une surveillance continue est nécessaire ultérieurement.

Dans la discussion, *Hajek*, *Réthi* et *Roth* sont d'accord pour penser que les suppurations ethmoïdales ne sont pas aussi communes qu'on le dit.

Chiari insiste sur ce qu'on ne doit pas regarder comme cariées toutes les surfaces osseuses rugueuses, car on en observe aussi dans les nez sains ou après l'ablation de polypes. J. B.

Entfernung einer 7 1/2 cm. langen..... (Ablation d'une lame de couteau longue de 7 cent. 1/2 et large de 1 cent. 1/2 ayant séjourné 9 ans dans le maxillaire supérieur), par HIRCHGÄSSER (*Deutsche med. Woch., n° 1, p. 31, 1895*).

Il s'agit d'un ouvrier, âgé de 29 ans, qui avait reçu pendant le sommeil un coup de couteau portant sur la tempe droite. L'accident remontait à 9 ans ; ce n'est que depuis six mois qu'il éprouvait des troubles. La pointe du couteau se sent dans la bouche, la cicatrice est à deux travers de doigt de l'arcade zygomatique droite. Le 12 avril, l'opération a lieu sous le chloroforme. Après avoir mis à nu la lame par l'incision de la narine droite, on essaye vainement de l'arracher avec des pinces ; on est obligé, pour l'enlever, d'exciser un coin de la lame horizontale du palais avec deux dents ; tamponnement, suture du périoste et des parties molles ; la perte de substance du rebord alvéolaire sert d'orifice de drainage. Pendant quelques jours, il sort encore quelques débris de fer ; la guérison est complète le 5 mai. Dès le troisième jour après l'opération, tous les troubles, en particulier les douleurs de tête, avaient disparu. H. DE BRINON.

Die Phonationscentren im Gehirn, par A. ONODI (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 945, 8 octobre 1894*).

Onodi reconnaît l'existence d'un centre cortical de la phonation indiqué par Krause (*R. S. M.* XVII, 458 ; XXXVI, 447 et XXXVII, 25), mais il conteste l'assertion de Masini, que l'excitation de l'un des centres corticaux par des courants faibles entraîne le rapprochement de la corde vocale opposée. L'extirpation de l'un comme des deux centres corticaux ne lui a donné que des résultats négatifs. La section transversale de la moelle au-dessus des noyaux pneumogastriques, de même que la section

isolée des corps quadrijumeaux, amène la perte immédiate de la voix, tandis que la destruction des couches optiques n'a aucune influence sur la phonation. Onodi a réussi ainsi à dermiser un territoire qui, avec les tubercules quadrijumeaux postérieurs, occupe un espace de 8 millimètres à la partie la plus élevée du 4e ventricule, la conservation de ce territoire laisse possible la phonation et l'adduction de la glotte. J. B.

Ueber die laryngealen Erscheinungen bei einem in der Brusthöhle sich entwickelnden Aneurysma, par GROSSMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *p. 945*, *8 octobre 1894*).

D'après Grossmann, une paralysie des cordes vocales s'annonçant par un accès de suffocation et disparaissant dans un temps relativement court est le sûr indice d'un anévrisme se développant à proximité des nerfs laryngés inférieurs.

Dans la discussion, Hajek dit que pour lui les crises laryngées tabétiques sont de nature plutôt paralytique que spasmodique.

Stœrk a observé dans les rhumatismes généralisés des contractures des cordes vocales non encore signalées. J. B.

De l'aphonie causée par la trachéotomie pour croup, par B. FRÄNKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 37*, *p. 853*, *10 septembre 1894*).

Fraenkel a observé 3 faits de ce genre, les seuls qu'il connaisse.

Fille de 18 ans, trachéotomisée pour croup il y a quatre ans, à l'hôpital de Moabit; depuis lors, elle est complètement aphone; les cordes vocales inférieures laissent entre elles une fente de 3 millimètres; même écart, encore plus grand, entre les extrémités antérieures des fausses cordes vocales. La palpation du cou montre que les cartilages thyroïde et cricoïde sont fendus et leurs deux moitiés distantes de 7 à 8 millimètres et même de 1 centimètre suivant les endroits.

Fraenkel avait noté une première fois cette béance du cartilage thyroïde seul chez une fille devenue aphone depuis une trachéotomie faite d'urgence. A la suite d'une opération de James Israël (excision du tissu conjonctif de néoformation entre les lames du thyroïde, puis suture avec fils d'argent du cartilage avivé), la malade a recouvré une voix faible, pas complètement claire mais suffisante.

Le deuxième cas était tout à fait semblable au précédent et il fut l'objet d'une opération heureuse de Bramann; le malade était aussi une jeune fille. Chez la première malade, Fraenkel se propose de pratiquer la même opération.

J. B.

Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde, par W. LUBLINSKI (*Ann. mal de l'or.*, *avril 1895*).

L. a observé dans la fièvre typhoïde les formes suivantes de paralysies laryngées : paralysie des dilatateurs, 1 cas; d'un récurrent, 3 cas; des deux récurrents, 1 cas. Les lésions sont en général consécutives à de la névrite périphérique. A. CARTAZ.

De l'herpès du larynx, par A. BRINDEL (*Revue de laryngol.*, *15 mars 1895*).

B. publie 3 cas d'herpès de la partie inférieure du larynx, de l'épiglotte et du pharynx, avec les vésicules caractéristiques, l'état de fièvre,

et cédant rapidement à un traitement des plus simples. Cette manifestation de la fièvre herpétique est assez rare et n'est signalée que par quelques auteurs. Des recherches bibliographiques attentives n'ont permis à l'auteur de retrouver que 16 cas bien nets. D'une façon générale, les vésicules d'herpès siègent sur l'épiglotte ou le vestibule du larynx; cliniquement, cette manifestation s'accompagne de fièvre, de dysphagie, de légère raucité de la voix; fréquemment on observe de l'herpès sur les lèvres, la bouche ou le pharynx. B. étudie le diagnostic différentiel et montre qu'elle ne peut guère être confondue avec d'autres lésions. A. CARTAZ.

Excision of the larynx, par POWERS, WHITE et BULL (*Med. Record, 23 mars 1895*).

La partie originale de ce travail est consacrée à l'étude clinique de 6 cas inédits d'excisions partielles ou totales du larynx. Dans cinq cas, il s'agissait d'épithéliomes et dans un cas de sarcome; tous se terminèrent par une mort plus ou moins rapide, soit par choc opératoire, soit par récidive, à l'exception toutefois du sarcome, la patiente ayant été revue en bonne santé 4 ans après l'intervention.

Le travail est terminé par des tableaux synoptiques comprenant 309 cas d'excisions du larynx. CART.

De la sténose laryngée dans le croup et spécialement de l'intubation. par BONAIN (*Bulletin méd., 17 avril 1895*).

Plaidoyer très sage, appuyé sur des séries statistiques démonstratives, en faveur du tubage, de préférence à la trachéotomie. B. dans les cas de croup emploie, simultanément avec la sérothérapie, les sublimations de calomel (1 gramme toutes les deux heures, à quatre ou cinq reprises, suivant les cas). Dès qu'il y a du tirage, des signes d'obstruction laryngée durable, B. recourt au tubage, en enlevant le fil de sûreté. Il laisse le tube environ quatre jours en place et pratique pendant ce temps fréquemment des fumigations de vapeur d'eau. B. insiste sur la facilité, le peu de danger de l'opération et la nécessité de l'opposer à la trachéotomie, surtout depuis la sérothérapie.

Avant le sérum il a pratiqué en ville 38 tubages, avec 15 guérisons; depuis la sérothérapie, il en a pratiqué 5 avec 3 guérisons. A l'hôpital, il a pratiqué les tubages dans le service de Moizard. (Voir la statistique, XLV, 97.) A. CARTAZ.

Le phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée, par RUAULT (*In-8° 192 pages, Paris, 1895*).

R. a le premier préconisé l'emploi du phénol sulforiciné dans la tuberculose laryngée. La brochure qu'il publie aujourd'hui donne l'exposé de la méthode à suivre pour obtenir de ce traitement les heureux effets qui ont été constatés par tous ceux qui l'ont employé. Il est important de se servir d'une préparation absolument parfaite; on trouvera l'indication détaillée de cette préparation pharmaceutique. R. emploie la solution à 20 et 30 0/0 d'acide phénique. Ces applications sont très bien tolérées par

les malades, la réaction est faible, la congestion passagère et il est rare d'avoir recours à une cocaïnisation préalable.

Sous l'influence des applications de cet agent, les surfaces prennent une teinte blanchâtre, opaline, due à la couche adhérente du médicament émulsionné avec le mucus. Après un temps variable on voit se déterger les ulcérations, la muqueuse perd sa teinte grisâtre, les infiltrations diminuent, les saillies végétantes s'affaissent et il ne reste à la fin qu'une muqueuse épaissie, plus ou moins mamelonnée mais sans ulcères. Les ulcères guéris ne donnent pas de cicatrices comme celles qu'on observe après les applications d'acide lactique. Le phénol sulforiciné agit en provoquant l'évolution scléreuse des tissus malades. Ce n'est pas évidemment toujours la guérison radicale, quoiqu'on ait observé des guérisons complètes des lésions du larynx, mais c'est une modification rapide qu'on n'obtient, à un égal degré par aucune autre médication topique.

A. CARTAZ.

On the care of the ear during the course of the exanthemata, par Walker DOWNIE (*Brit. med. Journ., p. 1163, 21 novembre 1894*).

Relevé de 600 cas d'otite, dont 468 suppurés. Il ressort de cette statistique que dans 26 0/0 des cas, la rougeole est la cause pathogène de l'otite : la scarlatine dans 13 0/0, la coqueluche 3 0/0, les oreillons 1 0/0.

L'auteur conseille, au cours des maladies éruptives de surveiller beaucoup l'état de l'arrière-gorge et d'y faire des lavages et des pulvérisations antiseptiques : puis de faire des insufflations avec la poire de Politzer : enfin, s'il y a des douleurs vive dans l'oreille, de ne pas hésiter à faire la paracentèse du tympan. H. R.

Rose bei Ohrenerkrankungen (Érysipèle dans les maladies des oreilles), par HESSLER (*Münch. med. Woch., n° 3, p. 48, 1895*).

A propos de quelques cas d'érysipèle développés d'une façon autonome, pense-t-il, dans sa clientèle, Hessler dit que l'érysipèle au cours d'une otite moyenne n'est pas une contre-indication pour la trépanation de l'apophyse mastoïde, ou une autre opération, mais plutôt une indication d'opérer rapidement, avant que les irritations méningiques, provenant à la fois de l'érysipèle et de l'otite, atteignent leur maximum. Comme le coccus de l'érysipèle est identique avec le streptocoque, il est prouvé que l'érysipèle n'est pas plus infectieux que l'otite moyenne. C. LUZET.

Des abcès de fixation en otologie, par H. COLLADON (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 10, p. 574, 1894*).

Szenes (*Monats. für Ohrnheilk.*, 1892) a montré que l'apparition d'une otite externe diffuse au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë pourrait devenir une complication heureuse en ce qu'elle hâtait la cessation de l'otorrhée et la cicatrisation de la perforation (21 cas); l'otite externe secondaire constituait ainsi une véritable dérivation critique.

Colladon a été également frappé de la fréquence de cette complication et de ses résultats souvent favorables. Il croit que l'otite externe est due à l'action des topiques employés pour combattre l'affection primitive.

Aussi, faisant application de la méthode de Fochier, a-t-il eu l'idée de provoquer l'otite externe artificiellement à l'aide d'antiseptiques irritants. Après expérimentation, il s'est arrêté au thymol associé à l'alcool absolu dans la proportion de 5 0/0. Cette solution est très irritante; aussi doit-on commencer par 2 grammes dans 200 grammes d'eau et ne pas dépasser 4 grammes. A ces doses, elle détermine dans l'oreille une sensation de cuisson assez vive et même une douleur passagère. Il est avantageux de faire alterner les injections de thymol avec des instillations au sublimé à 1/2 ou 1 0/00; injections et instillations ne doivent pas être répétées plus de deux fois par jour.

La durée de l'incubation de l'otite externe artificielle est de 4 à 6 jours; celle de sa période d'état de 2 à 4 jours.

Cette médication par fixation est surtout efficace quand la période d'état de l'otite moyenne suppurée aiguë est terminée; elle s'adresse principalement aux cas qui traînent en longueur. Elle paraît encore utile dans l'otite suppurée chronique. J. B.

I. — Paralysie faciale d'origine otique, par A. TRIFILETTI (*Rivista clin. e terap., n° 4, p. 183*).

II. — Remarks on facial paralysis in recent otitis media, par Richard LAKE (*Journ. of laryngol., mai 1895*).

I. — La pathogénie de la paralysie faciale d'origine otique n'est pas difficile à établir quand il existe une carie du rocher, une otite suppurée, etc.; mais elle est plus obscure quand il n'existe, comme dans le cas de Trifiletti, d'autre signe qu'une diminution de l'ouïe et quand on trouve seulement une otite moyenne non suppurée. L'auteur pense que la paralysie faciale peut être provoquée par des otites moyennes subaiguës, sans symptômes accusés, notablement par les formes interstitielles, dites otites hyperplastiques. G. LYON.

II. — L. rapporte cinq observations de paralysie faciale survenue au cours d'une otite aiguë; il admet comme pathogénie la propagation de l'inflammation de la caisse et du tympan jusqu'au tronc nerveux. Il conseille la paracentèse du tympan, des irrigations chaudes antiseptiques; chez l'adulte pour remédier aux troubles auditifs et à la paralysie, quand l'audition est très menacée et que les autres moyens n'amènent pas de modification.

L. ouvre l'antre pour faire de grands lavages. L'électricité doit être employée ensuite sans tarder. A. CARTAZ.

Abcès cérébraux d'origine otique, rapport par PICQUÉ (*Bulletin Soc. chir. XX, p. 815, 835 et XXI, p. 38*).

L'auteur rapporte une observation de Mignon, où une trépanation dans la fosse temporale permit d'inciser un abcès cérébral et de guérir le malade. L'histoire de l'abcès du cerveau devrait être rattachée à celle de l'otite suppurée, puisque, dans plus de la moitié des cas, c'est d'une suppuration auriculaire que sont partis les accidents. Le diagnostic de la lésion profonde est toujours délicat. C'est être par trop schématique que d'écrire que la phlébite des sinus s'accompagne de phénomènes pyohé-

miques, la méningo-encéphalite de contractures et de vomissements, tandis que l'abcès cérébral évolue parfois sans fièvre. Il est ordinaire que ces différentes lésions s'associent. Le diagnostic de la collection interne doit se baser sur la fièvre et sur les signes de compression, comme le pouls lent, la céphalalgie souvent unilatérale ou localisée, enfin le coma. Encore ne sait-on pas toujours s'il s'agit d'abcès sous-dure-mérien, de suppuration méningée diffuse, ou d'abcès cérébral vrai, avec localisation dans le cerveau, le cervelet, même le bulbe ou la protubérance. Le traitement le plus sage consiste à évider la mastoïde dans son quadrant antéro-supérieur, en poursuivant directement en haut l'évidement vers la fosse temporale — procédé de Wheeler — si on a des raisons cliniques pour le faire. Dans certains cas à localisations motrices, la trépanation doit porter au point malade, parfois éloigné de la mastoïde.

Berger se range à ces conclusions. Il faut être prudent dans la façon d'opérer, les symptômes les plus graves pouvant relever d'une simple rétention purulente dans les cellules mastoïdiennes. Si, trépanation mastoïdienne faite, la fièvre persiste ou reparaît après 24 heures, c'est qu'il y a nécessité d'ouvrir le crâne dans la fosse temporale.

Dans un cas semblable, où la fièvre s'était montrée de nouveau après une trépanation mastoïdienne, *Routier* ouvrit le crâne sans trouver trace d'abcès ; mais, le lendemain, celui-ci s'ouvrait de lui-même dans le pansement, et la température retombait à la normale. ARROU.

Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement, par BROCA et LUBET-BARBON (*In-8° 290 p., Paris, 1895*).

B. et L. n'ont en vue dans ce travail que les suppurations secondaires aux otites. Après quelques notions sur l'anatomie de la région, ils étudient les diverses variétés de mastoïdites, aiguës ou chroniques, avec ou sans fistule cutanée, et montrent par des faits précis que l'opération de Wilde doit être absolument proscrite et que pour triompher des accidents il faut avoir recours à la trépanation dont ils donnent une description détaillée et minutieuse, ainsi que des opérations complémentaires que l'étendue de la suppuration peut nécessiter, ouverture de la caisse, opération de Stacke.

Leur statistique porte sur 143 opérations, ayant donné 21 morts dont 19, ajouterons-nous, ne sont pas imputables à l'opération (4 morts par choléra infantile, coqueluche, 4 par tuberculose antérieure, 5 par méningite préexistante, 5 par ostéite diffuse du temporal avec accidents septiques antérieurs, etc.) Les cas se décomposent ainsi : 1° otites moyennes aiguës ; 44 cas de trépanation de l'apophyse seule, 38 guérisons ; 5 cas de trépanation de l'apophyse et de la caisse, 5 guérisons ; 2° otites moyennes chroniques : trépanation de l'apophyse, 5 cas ; de l'apophyse et de la caisse, 67 cas ; 3° ostéites diffuses du temporal, 5 cas, 5 morts ; 4° éburnation de l'apophyse, 4 cas, 3 guérisons. Ce travail met au point une question autrefois fort controversée et actuellement de pratique courante. Les auteurs insistent sur la nécessité de l'intervention précoce et radicale et les faits qu'ils publient avec détails justifient pleinement leurs conclusions. A. CARTAZ.

Vorstellung eines Falles von primären Epithelcarcinom des knorpeligen und hautigen Gehörgangs und der Ohrmuschel, par DENKER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 31*, *p. 724*, *30 juillet 1894*).

Homme de 71 ans, opéré un an auparavant pour une verrue de l'oreille gauche; dès lors otorrhée. Sur la partie externe de la paroi postérieure du conduit auditif, on voyait une ulcération superficielle de 3 millimètres carrés; malgré des raclages réitérés, cette ulcération récidiva trois fois en deux ans. Puis elle s'étendit, et il apparut sur l'anthélix une papule dont la nature carcinomateuse fut reconnue au microscope. Denker amputa le pavillon, enlevant en même temps le conduit auditif cartilagineux et membraneux, puis il racla le conduit osseux jusqu'au tympan qui était sain. Pour diminuer l'étendue de la plaie, il prit des lambeaux sur la région pariétale et sur le bras. Guérison sans rétrécissement notable du canal.

Dans la discussion, *Bockemohle* mentionne un cancroïde du pavillon opéré il y a 3 ans et resté 2 ans 1/2 sans récidiver.

Lemcke n'a vu survenir aucune récidive à la suite du raclage d'un carcinome gros comme un pois pratiqué il y a 5 ans.

Janssen n'a pas vu non plus de récidive 2 ans après l'opération d'un carcinome.

Barth cite 1 cas de lésions des 2 pavillons simulant des épithéliomes mais disparaissant dans les applications d'iodoforme. J. B.

Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille, par COCHERIL (*Thèse de Paris*, *1894*).

Travail très documenté (33 observations dont plusieurs inédites et personnelles) où l'auteur étudie les diverses conditions pathologiques nécessitant l'otoplastie, depuis les plaies simples, marginales, profondes ou non, les séparations complètes jusqu'aux tumeurs et malformations. C. examine, suivant les cas, les procédés applicables et indique la technique opératoire. A. CARTAZ.

Ueber circonscripte Khotentuberculose...... (De la tuberculose nodulaire circonscrite de la portion inférieure de l'oreille et du lobule), par HAUG (*Ziegler's Beiträge zur path. Anat.*, *XVI*, *p. 507*).

L'auteur dit avoir observé assez souvent cette lésion qui se présente ordinairement avec l'aspect d'un fibrome du lobule. Sur 24 fibromes opérés par lui en 10 ans, 5 étaient des cas de tuberculose nodulaire. Cette affection a une marche relativement lente se comptant par années. Les ganglions péri-auriculaires peuvent être atteints. Cette affection par son siège, par son isolement ne peut être confondue avec le lupus; elle n'altère pas non plus la peau, comme le fait cette maladie. L'origine de la lésion paraît être le plus souvent dans les canaux des boucles d'oreilles, soit que le bacille soit fourni par un écoulement d'oreille, soit qu'il provienne des crachats, soit qu'il y ait transport médiat par des boucles d'oreilles provenant d'une phtisique. Quant à la cause du lent développement de la lésion, il faut peut-être incriminer la basse température de la région si exposée aux intempéries. C. LUZET.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1895.

A

Abcès. — Variétés d'abcès, leur traitement, par Marsh. (*Harveian Soc.*, 4 avril.) — Des abcès sous-diaphragmatiques, simples ou gazeux; phréno-péritonite, par Mauclaire. (*Gaz. des hôp.*, 16 mars.) — Des abcès de la fosse iliaque, par Brault. (*Rev. de chir.*, mars.)

Abdomen. — Des souffles abdominaux, par Monari. (*Gaz. med. Lombardia*, 44, 1894.) — Malformation congénitale de l'ombilic, par Heaton. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — 4 cas montrant la valeur de la bactériologie dans la chirurgie abdominale, par Penrose. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Phlegmon et abcès de la paroi abdominale, par Hulke. (*Lancet*, 5 janv.) — Phlegmon péri-ombilical dû à une concrétion sébacée expulsée spontanément, par Marais. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 46.) — Des blessures de l'abdomen sans lésion apparente des parois, par Augarde. (*Thèse de Lyon.*) — De la laparatomie précoce dans les contusions de l'intestin, par Adam et Février. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 3.) — Coup de pied de cheval sur l'épigastre, mort tardive par hémorragies secondaires, par Rouflay. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — Contusion de l'abdomen, coup de pied de cheval, chute de voiture, péritonite tardive, mort, par Margantin et Messerer. (*Ibid.*, avril.) — Plaie de l'abdomen par arme à feu, perforation du foie, de l'estomac et de l'aorte, migration du projectile jusque dans l'iliaque primitive, laparotomie, mort, par Lanbotte et Herman. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, janv.) — Double plaie pénétrante de l'abdomen par instrument piquant, double perforation du cæcum, issue des matières et des gaz dans le péritoine, laparotomie, guérison, par Rochard. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 64.) — Conduite à suivre dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, par Berger. (*Ibid.*, XXI, p. 82.) — Sur 3 cas de plaie pénétrante de l'abdomen, par Reboul. (*Ibid.*, p. 112.) — Plaies multiples de l'abdomen par coup de feu, laparotomie, guérison, par Bennett. (*N.-York med. j.*, 19 janv.) — Traitement des blessures perforantes de l'abdomen avec plaie de l'intestin, par Seydel. (*Cent. f. Chir.*, 30 mars.) — De l'intervention dans les plaies

de l'abdomen par balles de revolver, par E. Schwartz. (*Journ. des Prat.*, nº 7, p. 101.) — Indications de traitement des traumatismes de l'abdomen et des hémorragies intra-abdominales sans lésion extérieure apparente, par Deaver. (*Med. News*, 16 fév.) — Traitement des contusions graves de l'abdomen, par Manley. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Du mécanisme de la rupture de l'intestin, par Adam. (*Gaz. des hôp.*, 11 avril.) — Revue critique de 22 cas d'opérations abdominales avec 2 morts, par J. Campbell. (*Dublin journ.*, 1er avril.) — Lipome de la cavité abdominale, par Lennander. (*Cent. f. Chir.*, 26 janv.) — Tumeurs abdominales et ascite chez la femme, par Oliver. (*Londres.*) — Fibro-sarcome de la paroi abdominale, par Claude et Tuffier. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.)

Accouchement. — Manuel complet des sages-femmes, par Fournier. (T. I, 300 p., *Paris.*) — Fonctionnement et statistique du service d'accouchement à la Charité, par Boissard. (*Arch. de tocol.*, fév.) — A propos d'une statistique officieuse de mortalité générale des accouchées, par Varnier. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — Du vagissement utérin, par Schaller. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 2.) — Succinate d'ammoniaque dans les contractions spasmodiques, par Rémy. (*Arch. de tocol.*, fév.) — La marche du travail avec complications cardiaques, par Hirst. (*Americ. j. of obst.*, mars. — Rôle de la vessie dans l'engagement du fœtus dans l'excavation pelvienne, par S. Rémy. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.) — Asa fœtida dans la pratique gynécologique et obstétricale, par Warman. (*Therap. Monats.*, janv.) Des principales causes d'élévation de la température chez les accouchées, par Mlle Bruyant. (*Thèse de Paris.*) — Le toucher rare et le palper périnéal, par Gallois. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Deux cas de mort subite pendant la parturition, par Broughton. (*Boston med. j.*, 17 janv.) — Chirurgie obstétricale, par Grandin et Jarman. (*Londres.*) — Des conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta, par Hartmann et Toupet. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — De la délivrance dans certains cas d'incarcération du tronc, par Spencer. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Sur le diagnostic du siège du placenta et sur la proportion d'implantations cervicales, par Bayer. (*Cent., f. Gynaek.*, 16 fév.) — Fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents, par Maggiar. (*Thèse de Paris.*) — Rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement, par Taurin. (*Thèse de Paris.*) — De la scoliose au point de vue obstétrical, par Patay. (*Thèse de Paris.*) — Engagement trop profond de la tête dans l'excavation pelvienne, par Rémy. (*Arch. de tocol.*, avril.) — De la position occipito-postérieure, par Polak. (*Med. News*, 9 mars.) — Méthode pour exécuter une dilatation manuelle rapide du col de l'utérus, ses avantages dans le traitement du placenta prœvia, par Harris. (*Journ. de méd. Paris*, 10 fév.) — Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable, par Sifflet. (*Thèse de Paris.*) — Accouchement spontané et artificiel dans les bassins rétrécis, par Franke. (*Ann. de Gynéc.*, janv.) — De la perforation de la tête dernière, par Strassmann. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 avril.) — Nouvelle méthode de dilatation rapide dans les cas de rigidité du col, par Farrar. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 321.) — De la réduction manuelle des présentations de la face et du front, en particulier de la méthode de Thorn, par Labusquière. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Conséquences immédiates et tardives de l'emploi des lacs dans le cas de présentation du siège, mode des fesses, par Bar et Tissier. (*Journ. de méd. Paris*, 7 avril.) — Bassin rétréci entre 8 1/2 et 9 centimètres, présentation du sommet, accouchement à terme, enfant vivant, par l'emploi du levier, par Wassilieff. (*Rev. clin. d'androl.*, 13 avril.) — Expulsion d'un œuf complet à 7 mois de grossesse, membranes intactes,

enfant vivant, par Formon. (*Journ. de méd. Paris*, 7 avril.) — Sur les paralysies obstétricales maternelles, par Relle. (*Thèse de Paris.*) — Paralysie fasciculaire du membre supérieur droit chez un nouveau-né, consécutivement à une fracture humérale produite pendant l'accouchement, par Loviot. (*Journ. méd., Paris*, 14 avril.) — Rupture de l'utérus à la première période de l'accouchement, par Best. (*Lancet*, 13 avril.) — Rupture de l'utérus et de la vessie au cours du travail, laparotomie, opération de Porro, suture de la vessie, par Villar. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 3 fév.) — De l'accouchement forcé et de ses avantages, par Michaelis. (*Med. Record*, 23 fév.) — Accouchement forcé, par Carstens. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Sur un nouvel appareil destiné à la provocation de l'accouchement prématuré, par Moussous. (*Journ. méd. Paris*, 24 fév.) — De la provocation de l'accouchement prématuré artificiel par la glycérine, par Flatau. (*Münich med. Woch.*, p. 868, 1894.) — Les différents moyens de provoquer l'accouchement prématuré, un nouveau ballon, par Mercier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Suture des déchirures du col immédiatement après l'accouchement, par Pryor. (*N.-York med. j.*, 19 janv.) — Mon expérience sur la réparation immédiate des lésions utérines après l'accouchement, par Dudley. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Accouchement *post mortem*, par Green. (*Lancet*, 5 janv.) — Du traitement de l'infection purulente des nouvelles accouchées, par Tarnier. (*Journ. méd. Paris*, 6 janv.) — Symphyséotomie, statistique, par Porak. (*Ibid.*) — De la symphyséotomie à la clinique Beaudelocque en 1894, par Pinard. (*Ann. de gynéc.*, janv.) — Simple comparaison, statistiques de Léopold et de Pinard, par Varnier. (*Ibid.*) — Symphyséotomie, par Dayot. (*Ibid.*, mars.) — Histoire et état actuel de la symphyséotomie, par Roberts. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 27.) — Symphyséotomie, guérison par Winterberg. (*Med. News*, 12 janv.) — Sur les ruptures des parties molles pendant la symphyséotomie et sur les moyens de les éviter, par Audebert. (*Arch. de tocol.*, fév.) — De la symphyséotomie, par Jackson. *Boston med. journ.*, 21 fév.) — Symphyséotomie dans un cas de rétrécissement rachitique du bassin, thrombus rétropubien, par Tissier. (*Journ. méd. Paris*, 24 mars.) — Un cas de symphyséotomie, par W. Nechel. (*Vratch*, 5 janv.) — La symphyséotomie, par Lop. (*Gaz. des hôp.*, 20 avril.) — Embryotomie céphalique, par Mme Bernstein. (*Thèse de Paris.*)

Acné. — Variété d'acné non décrite, par Tenneson. (*Soc. franc. de dermat.*, 14 mars.) — De l'acné professionnelle, par Gervais. (*Thèse de Paris.*)

Acromégalie. — Observations d'acromégalie et d'ostéoarthropathie, par Murray. (*Brit. med. j.*, 9 fév.) — Observation d'acromégalie, par Bertrand. (*Rev. de méd.*, fév.) — Un cas d'acromégalie, par Becker. (*Berl. klin. Woch.*, 3 nov. 1894.)

Actinomycose. — Actinomycose avec allure de la phtisie, par Bérard. (*Lyon méd.*, 13 janv.) — L'actinomycose à Lyon, par M.-J. (*Ibid.*, 20 janv.) — Actinomycose de la région cervicale, par Bérard. (*Ibid.*, 27 janv.) — Actinomycose de la face, par Bérard. (*Ibid.*, 24 fév.) — De l'actinomycose humaine, par Etienne. (*Semaine méd.*, 12 janv.) — Un cas de pseudo-actinomycose de grande étendue, par Mosetig-Moorhof. (*Wiener med. Presse*, 6 janv.) — Etude clinique et thérapeutique de l'actinomycose, par Choux. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — L'actinomycose de l'homme, par Hugo Langstein. (*Prager med. Woch.*, 4 et 5.) — De l'actinomycose du sein, par Müller. (*Münch. med. Woch.*, p. 1027, 1894.) — Un cas d'actino mycose avec *restitutio ad integrum* par l'usage interne d'iodure de potassium, par Zechmeister. (*Wiener med. Blætter*, 13.)

Ainhum. — Ainhum, par Pyle. (*Med. News*, 20 janv.)

Albumine, urie. — Valeur du dosage de l'albumine dans les transsudats et les exsudats, ses variations quantitatives à intervalles plus ou moins longs, ou spontanés ou consécutifs au traitement ioduré, par Lipari. (*Morgagni*, fév.) — Les effets de la nucléine, par Knapp. (*N.-York med. j.*, 13 avril.) — Sur les prétendues cendres des corps albuminoïdes, par Nencki. (*Arch. soc. biol. Saint-Pétersbourg*, III, 3.) — La médication sudorifique dans les maladies exanthématiques et la théorie de Semmola sur l'albuminurie brightique, par A. Mennella. (*Progesso medico*, 1.) — De l'albuminurie des tuberculeux, par Rendu. (*Ann. de méd.*, 12 et 13.) — Traitement curatif et préventif à suivre dans l'albuminurie gravidique, par Huchard. (*Journ. des praticiens*, 5 janv.)

Alcool, isme. — Sur le dosage des alcools et des alcalis volatils, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 4.) — Sur le traitement de l'érysipèle par l'alcool concentré de Oschner, par V. Langsdorff. (*Cent. f. Chir.*, 23 fév.) — Recherches expérimentales sur les modifications des cellules des ganglions dans l'empoisonnement aigu par l'alcool, par Dehio. (*Cent. f. Nervenk.*, mars.) — De l'alcool et de ses effets, par Howle. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 janv.) — Alcoolisme et tuberculose, par Lancereaux. ((*Bull. méd.*, 5 mars.) — Alcool et alcoolisme, par Joffroy. (*Gaz. des hôp.*, 26 fév.) — Des délires des alcooliques, par Liepmann. (*Arch. f. Psych.* XXVII, 1.) — Dégénérescence sociale et alcoolisme, par Legrain. (In-8°, 259 p., *Paris.*) — Législation relative à l'alcoolisme, par Meilhon. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — La lutte contre l'alcoolisme aux États-Unis, par Van den Heuvel. (*Rev. scientif.*, 30 mars.) — La lutte contre l'alcoolisme, par Mesdach de Terkiele. (*Mouv. hyg.*, X, p. 463.) — Sur la cure des buveurs, par Forel. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894, par Marandon de Montyel. (*Bull. thérap.*, 30 janv.) — Le traitement des buveurs, la prophylaxie de l'alcoolisme, par Paul Sérieux. (*Rev. int. thérap.* 3, p. 61.)

Aliénation. — Les aliénés et la loi, par Pitt-Lewis. (*Londres.*) — Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890, et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation, par Monod. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — L'aliénation devant les tribunaux, par H. Monod. (*Bull. méd.*, 5 mars.) — La médecine légale des aliénés en Italie, par Moreau de Tours. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — Du développement de la psychiatrie et de la valeur des recherches psychiatriques dans la pratique médicale, par Meschede. (*Deut. med. Woch.*, 17 janv.) — Les hospices d'aliénés; leur but et utilité, par Ed. Wells. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 janv.) — Statistique des asiles d'aliénés de la Hollande. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesundt.*, XXVI, p. 631.) — Relations entre les maladies mentales et physiques, par Mosher. (*Med. Record*, 30 mars.) — Administration des aliénés à Berlin et en Ecosse; soins des aliénés dans les établissements privés par Sibbald. (*Journ. of mental sc.*, janv.) — Aliénation chez les indigènes du Sud africain, par Greenless. (*Ibid.*) — L'opinion courante en Allemagne sur les questions médico-psychologiques d'après Meyer, par Urquhart. (*Ibid.*) — La folie augmente-t-elle en Amérique? par Sanborn. (*Ibid.*, avril.) — Accroissement de la folie, par Hack Tuke. (*Ibid.*) — De l'hérédité dans les maladies mentales, par Toulouse. (*Gaz. des hôp.*, 9 fév.) — Hérédité dans la folie, par Chase. (*Med. News*, 16 mars, p. 299.) — Les fonctions de relation dans la démence, par Bernardini et Perugia. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.)

— Echanges matériels chez les aliénés par Lui. (*Ibid.*, XXI, 1.) — La tuberculose chez les aliénés, par Bondurant. (*N.-York med. j.*, 23 fév.) — Lésions intestinales trophiques chez les aliénés, par Cowen. (*Lancet*, 16 mars.) — De la néphrite chronique, sa fréquence dans les autopsies d'aliénés, sa connexion avec l'alcoolisme comme cause de folie, par Bond. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Les difformités osseuses de la tête et la dégénérescence, par Cullerre. (*Ann. méd. psych.*, janvier.) — Lésions de dégénérescence du système artériel chez les aliénés, note sur la nature de l'épendyme granulaire, par Beadles. (*Journ. of ment sc.*, janv.) — Pathologie des troubles hallucinatoires aigus, par Beyer. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVII, 1.) — Des hallucinations unilatérales, par Wormser. (*Thèse de Paris.*) — Les hallucinations oniriques ou du sommeil des dégénérés mystiques, par E. Régis. (*Tribune méd.*, 20 fév.) — De la mélancolie, par Legrain. (*Presse méd.*, 13 avril.) — 3 cas de guérison de mélancolie après un temps prolongé, par J. Neil (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — De la mélancolie, étude de 730 cas, par Farquharson. (*Ibid.*) — La folie des périodes menstruelles, par Goodall et Craig. (*Journ. of ment. sc.*, avril.)— De la démence paralytique dans la race nègre, par Cullerre. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de 80 ans, par Ballet et Arnaud. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Du délire aigu par Wood. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — État mental des dégénérés, par Magnan. (*Progr. méd.*, 2 fév.) — Des caractères du délire dans leurs rapports avec l'intelligence du délirant, par Giroudon. (*Thèse de Lyon.*) — Des délires systématisés dans les diverses psychoses, le délire chronique à évolution systématique, par Magnan. (*Arch. de neurol.*, janv.) — Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoia, par Keraval. (*Ibid.*) — Stupeur mentale comme entité pathologique, par Whitwell. (*Brain*, nº 69.) — Sur la folie à deux, par Proust. (*Thèse de Paris.*) — Sur les délires associés et les transformations du délire, par Dagonet. (*Ann méd. psych.*, janv.) — Folie circulaire, 3 cas, par Drewry. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Les persécutés persécuteurs, par Wallon. (*Journ. de méd., Paris*, 20 janv.) — Une perversité de l'instinct, l'amour morbide, sa nature et son traitement, par Laupts. (*Ann. méd. psych.*, mars.) — Anomalie du sens sexuel chez un dégénéré, par Borri. (*Riv. sper. di freniat.* XXI, 1.) — Cas de délire de persécution (manie de dénonciations), par Hennemeyer. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VIII, p. 305.) — Un cas de folie simulée, par Garnier et Vallon. (*Arch. de neurol.*, mars.) — Difficultés du pronostic de la folie, par Sutherland. (*Lancet*, 2 fév.) — Diagnostic, pronostic et prophylaxie de la folie, par Blandford. (*Brit. med. j.*, 6 avril.) — Le traitement des psychopathes par les occupations manuelles et les travaux agricoles, par A. Forel. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzt.*, 15 sept.) — Des ressources de la thérapeutique et de l'hygiène en pathologie mentale, par Moreau de Tours. (*France méd.*, 26 avril.) — Effets de l'alimentation thyroïdienne sur quelques formes d'aliénation, par L.-C. Bruce. (*Journ. of ment. sc.*, janv.)

Aliment. — De la valeur nutritive du cacao, par Schlesinger. (*Deut. med. Woch.*, 31 janv.) — Glucose et sucre de canne comme aliment, par Bartley. (*N.-York med. j.*, 20 avril.)

Allaitement. — De l'allaitement artificiel, par Laskine. (*Gaz. des hôp.*, 26 janv.) — Physiologie de la sécrétion lactée chez la femme, par A. Johannssen. (*Jahrb. f. Kinderk.*, XXXIX, 4.) — Alimentation des nouveau-nés avec le lait de vache, par Auerbach. (*Therap. monats.*, janv.)

Amputation. — Résultats des grandes amputations pratiquées à l'infirmerie de Newcastle en 1894 et dans une période de 16 ans, 712 cas, par Page. (*Lancet*, 13 avril.) — Contribution à l'étude de la conicité physiologique des moignons d'amputation, par Chaintre. (*Revue d'orthop.*, 1er janv.) — Amputation de la hanche et de la moitié de l'os iliaque pour sarcome, par Buonocore. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — 7 cas de désarticulation de la hanche, par Paul. (*Lancet*, 26 janv.) — Sur l'amputation de jambe par le procédé Bordelais, par Binaud. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 5.) — Désarticulation tibio-tarsienne du pied droit, par Cordier. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — De la désarticulation tibio-tarsienne à lambeau plantaire et externe, par Durbesson. (*Thèse de Lyon.*)

Amygdale. — De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdalite aiguë, par Maurel. (*Thèse de Paris.*) — Amygdalites aiguës, leurs formes, par Massei. (*Riforma med.*, 21 janv.) — De l'amygdalite linguale aiguë, par Higguet. (*Polic. Bruxelles*, 15 janv.) — Amygdalite suivie d'érythème, par Boyd. (*Med. Record*, 2 fév.) — Amygdalite lacunaire simulant un abcès enkysté, par Brindel. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 28 avril.) — Traitement de l'amygdalite, par Woodbury. (*Med. News*, 30 mars.) — Tuberculose de l'amygdale, par Stewart. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Du chancre amygdalien, par Fournier. (*Bull. méd.*, 30 janv.) — Le chancre de l'amygdale, par Dieulafoy. (*Semaine méd.*, 3 avril.) — Cas extraordinaire de syphilis des amygdales, par Sendziak. (*Revue de laryng.*, 1er mai.) — De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électro-thermique, par Canaby. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorragie, par Mounier. (*France méd.*, 15 mars.) — De l'ablation de l'amygdale de Luschka, indications et contre-indications, par Escat. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 fév.) — Emploi des ciseaux pour l'excision des amygdales, par Bliss. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Papillome des amygdales, par Machell. (*N.-York med. j.*, 19 janv.) — Calcul de l'amygdale gauche, par Botey. (*Arch. latin. de rinol.*, fév.) — Calcul de l'amygdale, par Beausoleil. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 17 fév.) — Des calculs amygdaliens, par Roux. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tumeur maligne primitive de l'amygdale droite, mort subite, par Schmit. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, IV, 1.)

Anémie. — Les anémies essentielles, par Galliard. (*Méd. moderne*, 19 janv.) — Étiologie et pathogénie du pouls, but, rôle de l'anémie et du surmenage, par Hirtz et Lévy. (*Gaz. des hôp.*, 29 janv.) — Symptômes nerveux et lésions de la moelle dans certains cas d'anémie profonde, par Taylor. (*Royal med. soc.*, 26 mars.) — De l'anémie par bothriocéphale de la valeur pronostic des mégaloblastes dans le sang anémique, par Askanazy. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Nouvelles recherches sur les affections spinales dans le cours d'anémies mortelles, par Nonne. (*Deut. Zeit. Nervenk.*, VI, 3 et 4.) — Nature et traitement de l'anémie pernicieuse, par Stockman. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Anémie pernicieuse idiopathique, paralysie arsenicale, traitement par la moelle d'os, par Barrs. (*Ibid.*, 10 fév.) — Étude anatomo-pathologique de la moelle osseuse dans l'anémie pernicieuse progressive, par Van Der Stricht. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IX, 2.) — Anémie infantile pseudo-leucémique, par Gillet. (*Jour. des Pratic.*, 5, p. 66.) — Valeur du pepto-manganèse de Gude dans l'anémie, par Summa. (*N.-York med. j.*, 9 fév.)

Anesthésie. — Anesthésiques au premier et au moyen âge, par Anderson. (*Med. News*, 23 mars.) — L'administration des anesthésiques au point de

vue pratique, par Strouse. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Choix d'un anesthésique, par Davis. (*Clinical sketches*, fév.) — De l'anesthésie par le chloroforme, par Gill. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 17.) — Anesthésie chloroformique pendant le sommeil, par Guerrière. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Un cas d'anesthésie par chloroforme suivie de mort; action judiciaire, civile, intentée par la famille; déboutement des fins de la plainte, par Delphey. (*Americ. med. Bull.*, 1er mars.) — De la syncope chloroformique, par Haig. (*Lancet*, 23 fév.) — La position de la tête dans les accidents au cours de l'anesthésie, par Hare. (*Therap. Gaz.*, 15 févr.) De la transfusion saline dans les paralysies cardiaques au cours de l'anesthésie chloroformique, par Rein. (*Cent. f. Chir.*, 27 avril.) — De l'apoplexie dans l'anesthésie, par de Quervain. (*Ibid.*) — L'emploi de la cocaïne pour prévenir les accidents du chloroforme (badigeonnages dans le nez), par Robertson. (*Brit. med. j.*, 5 janv.) — Anesthésie par le mélange d'éther et de chloroforme, par Truman. (*Lancet*, 16 fév.) — Étude comparative sur l'éther et le chloroforme dans l'anesthésie générale, par Neyraud. (*Thèse de Lyon.*) — Éther ou chloroforme (note en faveur de l'éther), par Ricard. (*Gaz. des hôp.*, 10 janv.) — L'éther considéré comme agent d'anesthésie générale, par Mercier. (*Thèse de Paris.*) — Anesthésie par l'éther, par Deydier. (*Gaz. des hôp.*, 5 janv.) — L'éthérisation peut-elle provoquer une pneumonie lobaire aiguë? par Prescott. (*Boston med. journ.*, 28 mars.) Les altérations du sang dans l'anesthésie par l'éther, par Da Costa. (*Med. News*, 2 mars.) — Sur la présence d'albumine dans l'urine à la suite de la narcose éthérée, par Barenfeld. (*Münch med. Woch.*, p. 800, 1894.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle, par Bosscha. (*Nederl. Tijd. voor Geneesk.*, II, 24.) — De l'anesthésie par le bromure d'éthyle dans le traitement des végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, par Morgenthau. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mars.) — Le bromure d'éthyle comme anesthésique dans la pratique oto-laryngologique, par de Roaldes. (*Louisiana state med. soc.*, 1894.) — Nouvel appareil pour anesthésier aseptiquement, par A. Schonemann. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 sept.) — Article complémentaire sur la narcose par le salicylide chloroforme, par Schmid. (*Münch. med. Woch.*, p. 778, 1894.) — Le narcogène, appareil pour produire l'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle, par Goddé et Fribourg. (*Soc. de biol.*, 23 mars.) — Sur les accidents imputables à l'anesthésie locale par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée, par Toccaille de Larabrie. (*Thèse de Paris.*) — De la cocaïne dans les interventions chirurgicales, par Fillion. (*Thèse de Paris.*)

Anévrisme. — De l'anévrisme, par Thorburn. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Des anévrismes de la base du crâne, 75 cas, par Hoffmann. (*Wiener klin. Woch.*, 45, 1894.) — Anévrisme des gros vaisseaux de la base du cœur, par Monod. (*Bull. méd.*, 29 janv.) — Anévrisme du cœur et gangrène partielle du pied, par Gesland. (*Soc. anat. Paris*, 8 mars.) — Rupture traumatique de la portion horizontale de la crosse de l'aorte, anévrisme disséquant, épanchement de sang dans la plèvre de 2,575 grammes, mort au 9e jour, par Nissim. (*Soc. anat. Paris.*, 19 oct.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, rupture à l'extérieur, par Sergent. (*Ibid.*, 25 janv.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte avec endartérite oblitérante de la sous-clavière, par Halipré. (*Ibid.*, 21 déc. 1894.) — Anévrisme de la portion ascendante de l'aorte prenant la place du cœur, par Gee. (*St-Bartholomew's hosp. Rep.*, XXX, p. 1.) — Traitement par la méthode de Macewen d'un anévrisme sacciforme de l'aorte ascendante, par Bignone. (*Riforma med.*, 1er mars.) — Traitement des anévrismes de la crosse par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite, par Blacque.

(*Thèse de Paris.*) — Anévrisme abdominal (mésentérique supérieure), traité par laparotomie et introduction de fils d'acier dans le sac, mort après 27 heures, par Stevenson. (*Lancet*, 5 janv.) — Double anévrisme poplité, par Reid. (*Ibid.*) — Anévrisme fémoral, dans le ligament de Poupart, guérison par la compression digitale, par Sawtelle. (*N.-York j.* 23 fév.) — Anévrisme poplité guéri par la flexion forcée du genou, par d'Alessandro. (*Riforma med.*, 7 janv.) — Anévrisme de l'artère poplité, par Kirmisson. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 128.)

Angine. — De l'angine granuleuse, par Mendel. (*Méd. moderne*, 27 fév.) — Sur un cas d'angine pseudo-membranermse observée chez une syphilitique, avec présence exclusive dans l'exsudat des formes de levures du muguet, par Teissier. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.) — De l'angine urique, par Danziger. (*Monats. f. Ohrenh.*, 1.) — Pseudo-diphtérie à streptocoque, broncho-pneumonie, mort par Ansiaux. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IX, p. 82.) Angine membraneuse dans la fièvre typhoïde, par Smith. (*Pract.*, fév.). — Streptocoque et menstruation, par R. Petit. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 fév.) — Erythème polymorphe d'origine infectieuse. Angine à streptocoques, par Nicolle. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Angine de Ludwig par dent cariée, état d'asphyxie, incision sous anesthésie, mort, malgré la trachéotomie, pendant l'opération, par Hughes. (*Lancet*, 23 mars.) — Formes cliniques de l'angine de poitrine, forme mixte, par Mme de Tikomiroff. (*Thèse de Paris.*)

Angiome. — Sur la structure des angiomes cutanés, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.)

Anomalies. — Une anomalie de l'appendice cæcal, par Caracotchian. (*Soc. anat. Paris*, 15 fév.) — Anomalie du cæcum et de l'iléon, par Faure. (*Ibid.*, 11 janv.) — Anomalie d'origine de l'artère sous-clavière droite, par Faure. (*Ibid.*, 11 janv.) — Anomalie de l'angulaire de l'omoplate. Anomalie de l'accessoire du fléchisseur commun des orteils, par Morestin. (*Ibid.*, 25 janv.)

Anus. — Hygiène de l'anus et des régions contiguës, par Pennington. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 janv.) — Traitement des abcès de la marge de l'anus, par Hartmann. (*Presse méd.*, 23 mars.) — Sarcome anal, par du Castel. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.) — Epithélioma des glandes anales chez le chien, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Anus vulvaire, notes sur la communication congénitale entre la vulve et le rectum, par Dwight. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Traitement des malformations anorectales, par Durand. (*Gaz. des hôp.*, 1er déc. 1894.)

Appareils. — Le plâtre de Paris, le bois, l'aluminium et autres appareils pour le rachis, par Phelps. (*N.-York med. j.*, 30 mars.) — Appareils prothétiques de marche bilatéraux applicables à un cas de nanisme et procurant une surélévation de la taille de 30 centimètres, construits sur les indications de Kirmisson, par Lacroix. (*Revue d'orth.*, 1er janv.) — Appareil pour la gymnastique des doigts, par Thilo. (*Deut. med. Woch.*, 18 avril.) — Appareil pour garantir l'asepticité des sondes urétrales, par G.-J. Müller. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 sept. 1894.) — Nouvel appareil pour la stérilisation des sondes et bougies en gomme et en caoutchouc par l'acide sulfureux, par de Martigny. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Injecteur hypodermique sans piston n'exigeant aucun entretien et facilement stérilisable, par Mareschal. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Appareil d'irrigation à courant continu pour le lavage de l'estomac ou du rectum, par Hemmeter.

(*N.-York med. j.*, 30 mars.) — Un appareil de stérilisation pratique et transportable pour les objets de pansement et les instruments, par Kronacher. (*Münch. med.*, *Woch.*, p. 908, 1894.) — Un sphygmomanomètre de construction simplifiée, par V. Basch. (*Wiener med. Blætter*, 5.)

Artère. — Origine de la carotide et de la sous-clavière de la crosse aortique chez quelques primates, par Keith. (*Journ. of anat.*, avril.) — Note sur un point de la ligature et de l'anatomie de l'artère tibiale antérieure, par Rieffel. (*Union méd.*, 20 sept. 1894.) — Sur les anastomoses directes entre une grosse artère et une grosse veine par l'intermédiaire d'un vaisseau transversal de calibre beaucoup plus fort que le calibre des capillaires ou des vaisseaux dits de Sucquet, par Debierre et Gérard. (*Soc. de biol.*, 12 janv.) — Dédoublement de l'artère axillaire avec plusieurs rameaux nerveux au niveau de l'angle de bifurcation, par Mauclaire. (*Ibid.*, 22 fév.) — Quelques anomalies artérielles, par Jacques. (*Ibid.*, 5 avril.) — Dilatations serpentines des artères, par Mauclaire. (*Ibid.*, 21 déc. 1894.) — Recherches anatomiques sur les artères des os longs, par Siraud. (*Thèse de Lyon.*) — Influence de la tension artérielle sur l'élimination, par Noé. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Les encéphalopathies artérielles, par Lancereaux. (*Ann. de méd.*, 25 janv.) — Artérite oblitérante chez un enfant de 14 ans, par Bond. (*Lancet*, 19 janv.) — Contusion de l'artère poplitée, rupture de la tunique interne, thrombose, gangrène, amputation de la cuisse, par Picou. (*Soc. anat. Paris*, 5 avril.) — Sur un cas de blessure de l'artère axillaire et du plexus brachial, par Eriberto Aievoli. (*Rev. clin. e terap.*, 1, p. 15.) — Rupture partielle de l'artère iliaque externe, par Jacquemet. (*Marseille méd.*, 1er avril.) — Ligature de l'artère iliaque externe, par Nicaud. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 789.) — Ligature simultanée de la fémorale superficielle, de la fémorale profonde, des artères poplitées et des veines correspondantes sans troubles de la vitalité du membre, par Smith. (*Sc. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 223.

Articulation. — Degré de résistance des articulations de l'homme et de leurs ligaments, par J. Fessler. (*Thèse d'agr. Münich.*, 1894.) — Le ligament cunéo-métatarsien transverse chez les singes et chez l'homme, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.) — Le ligament interosseux de l'articulation calcanéo-astragalienne, par Morestin. (*Ibid.*, 28 déc. 1894.) — Les fibro-cartilages semi-lunaires et le ligament transverse du genou, par Higgins. (*Journ. of anat.*, avril.) — Mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, par Parsons. (*Ibid.*, avril.) — Sur le fonctionnement des ménisques interarticulaires du genou et les lésions qui peuvent en être la conséquence, entorse, etc., par Pauzat. (*Rev. de chir.*, fév.) — De la foulure de l'articulation du cou-de-pied, traitement, par Gibney. (*N.-York med. j.*, 16 fév.) — 231 cas d'entorses traités par le massage, par Gallant. (*Med. News*, 20 avril.) — De l'ankylose calcanéo-astragalienne, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Sur la question de priorité relative à l'usage de la traction latérale par la cure de la pression intra-articulaire, par Phelps. (*Americ. med. Surg. bull.*, 15 janv.) — Traitement chirurgical actuel des pseudarthroses, par Tournier. (*Journ. des Pratic.*, 13.) — De l'atrophie musculaire réflexe après les lésions articulaires, par Heidenhain. (*Monats. f. Unfallheilk.*, 12, 1894.) — Hémarthrose du genou symptomatique d'un corps étranger articulaire, par Isambert. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 118.) — Affections articulaires non tuberculeuses, par Gillette. (*N.-York med. j.*, 2 fév.) — Par où débutent les tumeurs blanches, par Reynès. (*Marseille méd.*, 15 mars.) — Diagnostic et traitement des inflammations septiques des lignes épiphysaires des arti-

culations coxo-fémorales, par Obalinski. (*Wiener med. Woch.*, 9 fév.) — Etiologie de la coxa-vara, par Hofmeister. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 1.) — Coxa vara, coxa valga des scoliotiques, par Mauclaire. (*Bull. méd.*, 14 avril.) — De la coxa-vara, par Kocher. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 3 et 4.) — Résultats du traitement conservateur dans la coxite tuberculeuse, par Bruns. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII.) — A propos de 5 nouveaux cas de guérison de coxalgie par la résection, par Vincent. (*Lyon méd.*, 3 fév.)— Des jambes en ciseaux consécutives aux affections de la hanche, coxalgie, par L.-H. Petit. (*Gaz. des hôp.*, 16 fév.)— Adduction initiale ou prépondérante, signe de lésion acétabulaire primitive ou prépondérante dans la coxalgie, par Vincent. (*Lyon méd.* 17 fév.) — Sur un moyen de prévenir le raccourcissement après les affections de la hanche, par Judson. (*Americ. med. surg. bull.*, 1er janv.) — Synovite fongueuse du genou et traitement de Bier, par Masnata. (*Riform. med.*, 7 fév.) — Tumeur blanche du genou, arthrectomie, par Albertin. (*Lyon méd.*, 17 fév.) — Traitement des suppurations survenant comme épiphénomènes dans les arthrites tuberculeuses des enfants, par Shively. (*Med. Record*, 23 mars.) — Un mode particulièrement efficace de drainage de l'articulation du cou-de-pied, par Rotter (*Münch med. Woch.*, 35, 1894.) — Traitement de la tuberculose articulaire, par Rydygier. (*Wiener Klinik.*, 2 et 3.) — Traitement des abcès tuberculeux du mal de Pott et de la coxo-tuberculose par les injections de naphtol camphré, 40 cas, par Ménard. (*Méd. infant.*, 15 fév.)

Asphyxie. — Note pour servir à apprécier la valeur comparative des différents procédés employés dans le but de ranimer les enfants nés en état de mort apparente, par Pinard. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Des différents procédés pour ranimer les nouveau-nés, par Pinard. (*Bull. Acad. méd.*, 15 janv.) — Tractions rythmées de la langue, par Laborde. (*Ibid.*, 22 janv.) — De la valeur des tractions rythmées de la langue dans les cas de mort apparente du fœtus, par Touvenaint. (*Journ. de méd. Paris*, 17 fév.)

Asthme. — Du massage dans le traitement de l'asthme, par Metcalfe. (*Med. Record*, 12 janv.) — Le chlorure de méthyle dans la pelade et l'asthme, par Tsakiris. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.)

Auscultation. — Manuel de percussion et d'auscultation, par Simon. (In-8, 256 p., *Paris.*) — Étude générale de l'auscultation de l'appareil respiratoire, par Castex. (*Arch. de phys.*, VII, 2.)

Avortement. — Avortement brusqué dans un cas d'hémorragie grave par décollement placentaire, au cours d'une fausse couche prolongée, incisions larges du col utérin, par Doléris. (*Journ. de méd. Paris*, 17 fév.) — Traitement moderne de l'avortement, par Latham. (*Americ. med. bull.*, 1er mars.) — Du curetage utérin dans les complications de la rétention placentaire post-abortive, par Oui. (*Ann. de gynéc.*, fév.) — Traitement prophylactique et préventif de l'avortement, par Miraschi. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 déc. 1894.)

Bactériologie. — Précis de bactériologie clinique, par Wurtz. (In-16, *Paris.*) — Guide de laboratoire pour le bactériologiste, par Frothingham. (*Londres.*)

— Manuel d'examen et de diagnostic bactériologiques, par Ludwig Heim. (*Stuttgart*, 1894.) — Note sur le travail de Braatz; Virchow et la bactériologie, par Brunner. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 7 et 8.) — Attitude de l'Etat en face des résultats des recherches bactériologiques, par V. Babes. (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesund.*, XXVI, 647.) — Quelques observations de bactériologie clinique, par Bonardi. (*Morgagni*, janv.) — Bactériologie et art de guérir, par Winkler. (*Wiener med. Presse*, 27 janv.) — Investigations bactériologiques post mortem, par Wright et Stokes. (*Boston med. Journ.*, 21 mars.) — Quelle a été l'utilité de la bactériologie dans le diagnostic des maladies internes, par Rosenbach. (*Wiener med. Woch.*, 9 fév.) — Les méthodes de culture des microbes anaérobies, par Durham. (*Journ. of path. and bact.*, III, 2.) — Procédé d'isolement des bactéries sur l'agar et le sérum, par Banti. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 16.) — Nouvelles communications sur la coloration des cils, par Bunge. (*Fortschr. der Med.*, XII, p. 929.) — Rapports des bactéries et de leurs toxines, par Klein. (*Lancet*, 5 janv.) — Modifications nutritives des cellules dépendant des sécrétions bactériennes, par Charrin. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Les toxines, mécanisme de leur action, par Charrin. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 janv.) — Les fonctions antitoxiques, par Charrin. (*Semaine méd.*, 6 avril.) — Nouvelles recherches sur les poisons bactériens, par Brieger. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX, p. 101.) — De la période latente des empoisonnements par injections veineuses de toxines microbiennes, par Guinard et Artaud. (*Soc. de biol.*, 3 mars.) — Influence des traumatismes sur les localisations des substances solubles, par Meyer (*Ibid.*, 23 mars.) — Inflammation et microbes, par Kales. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 fév.) — Des agents de destruction des microbes, par Kelsch. (*Rev. d'hyg. thérap.*, fév.) — Influence du pancréas sur le développement de quelques bactéries pathogènes, par Kotlar. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 5 et 6.) — De l'issue des bactéries intestinales dans le péritoine et dans le sang pendant l'intoxication alcoolique aiguë, par Wurtz et Hudelo. (*Soc. de biol.*, 26 janv.) — Biologie des amibes, par Celli. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 782.) — Sur l'assimilation de l'azote libre de l'atmosphère par les microbes, par Winogradsky. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 4.) — Du développement de quelques bactéries sur le bouillon d'extrait de rein, par Henssen. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 12.) — Sur la pénétration des microbes intestinaux dans la circulation générale pendant la vie, par Beco. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 3.) — Biologie de quelques bactéries anaérobies et gazogènes, par Neumann. (*Sitz. kais. Akad. Wiss. Vienne*, CII.) — Des cultures à la lumière du bacillus sarcophysematos bovis, par Kitt. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 5 et 6.) — De la conservation des cultures virulentes de streptocoques, par Petruschky. (*Ibid.*, XVII, 16.) — Sur le streptocoque, par Marmorek. (*Soc. de biol.*, 23 fév.) — Note sur les streptocoques, par Cassedebat. (*Lyon méd.*, 31 mars.) — Sur une streptothricie parasite (streptothrix aurea), par Du Bois Saint-Sévrin. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) Sur l'infection par les coccus pyogènes, par Petruschky. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 16.) — De la colibacillose, par Gilbert. (*Semaine méd.*, 2 janv.) — Sur le pouvoir pyogène du bacille typhique, du pneumocoque et du bactérium coli, sur les os et les articulations, par Vecchio et Parascandolo. (*Riforma med.*, 4 fév.) — Sur une variété du bacille chauvœi, par Piana et Galli-Valerio. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 4.) — Présence de quelques spirilles dans les fèces, par Pestana et Bettencourt. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 15.) — De l'action antibactérique de la mucine, par Walthard. (*Ibid.*, XVII, 9 et 10.) — Sur quelques effets physiologiques déterminés par les produits solubles du pneumobacillus liquefaciens bovis, par Guinard et Artaud. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Microbes du tube gastro-intestinal des cadavres,

par Dallemagne. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.) — Examen bactériologique de 30 cas de suppurations pelviennes, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 30 mars.)

Bain. — De la balnéothérapie froide chez les enfants, par Pambrun. (*Thèse de Paris.*)

Bassin. — Étiologie et traitement de quelques inflammations pelviennes, par Sutton. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Quelques cas intéressants d'affections pelviennes graves, par Bovée. (*Ibid.*, mars.) — Quelques abcès pelviens, nouvel appareil pour leur drainage, par Graves. (*Med. News*, 27 avril.) — Sur les hématomes pelviens, par Thorn. (*Wiener med. Woch.*, 2 mars.) — Sur une variété rare et non décrite de phlegmon de la fosse iliaque interne, volumineux abcès chaud situé au-dessous du muscle iliaque, par Brault. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 107.) — Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne; abcès prévésical, par Février. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Fracture ancienne du bassin, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Fracture du bassin et déchirure du diaphragme, par Van de Wiele. (*Ann. Soc. de méd. Anvers*, janv.) — Fracture verticale double du bassin (à droite pour le pubis et l'ischion, à gauche pour l'iléon) avec déchirure de l'urètre et mort par infiltration veineuse, par Sonnenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 sept. 1894.) — Extirpation des tumeurs pelviennes par la méthode de Kraske, par Bacon. (*Americ. j. of obst.*, fév.)

Bec de lièvre. — Contribution à la connaissance du siège anatomique du bec de lièvre osseux, par Appel. (*Münch. med. Woch.*, p. 1047, 1894.) — Gouttière métallique destinée à faciliter l'opération du bec de lièvre, par Allex. (*Lyon méd.*, 20 janv.)

Béribéri. — Trois cas de béribéri, par Dercum. (*Journ. of nerv. dis.*, fév.) — Béribéri en Nouvelle-Calédonie, par Grall, Porée et Vincent. (*Arch. de méd. nav.*, fév.)

Biliaire. — La bile et le bacille de Koch, la tuberculose des voies biliaires, par Sergent. (*Soc. de biol.*, 4 mai.) — La bile incolore, acholie pigmentaire, par Hanot. (*Semaine méd.*, 1er mai.) — De la fièvre bilieuse hématurique, par Fornari. (*Thèse de Paris.*) — Les causes et le traitement hygiénique de la lithiase biliaire, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 30 mars.) — Les complications thoraciques de la lithiase biliaire, par Galliard. (*Méd. moderne*, 23 mars.) — L'atrophie de la vésicule dans la lithiase biliaire, par Galliard. (*Ibid.*, 30 fév.) — Nouvelles recherches sur la cholélithiase, par Gumprecht. (*Deut. med. Woch.*, 4 avril.) — Cholécystite d'origine calculeuse et péricholécystite, par Souville. (*Thèse de Paris.*) — Colique hépatique guérie par l'ingestion d'huile d'olives, par Gubb. (*Brit. med. j.*, 20 avril.) — Injection d'huile d'olives pour l'ablation des calculs biliaires enclavés, par Brockbank. (*Ibid.*) — Confusion clinique entre la distension de la vésicule biliaire et le rein flottant, par Morris. (*Ibid.*, 2 fév.) — Un cas de calcul biliaire, par Capazzi. (*Riforma med.*, 19 janv.) — Dégagement des calculs biliaires enclavés, 3 cas où le calcul a été brisé par une aiguille, par Pridgin Teale. (*Brit. med. j.*, 2 fév.) — Obstruction d'un conduit cystique par un calcul, par Depage. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — De la chirurgie des voies biliaires, par Kehr. (*Berlin. klin.*, 78.) — Perforation de la vésicule biliaire, suite de fièvre typhoïde, laparotomie, guérison, par Monier-Williams et Sheild. (*Lancet*, 2 mars.) — Pathologie et chirurgie de la vésicule biliaire et du foie, par Sendler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 3 et 4.) — Cholécystite

infectieuse suppurée et angiocholite, avec péritonite et pleurésie par bactérium coli; cholécystectomie, guérison, par D'ALLOCCO. (*Riforma med.*, 4 mars.) — Obstruction par calcul biliaire énorme, laparotomie, entérotomie, guérison, par TAYLOR. (*Lancet*, 6 avril.) — Cholécystotomie extra-abdominale, extra-cutanée, par BLOCH. (*Rev. de chir.*, fév.) — Des indications de la cholécystectomie, par VAUTRIN. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv.) Cholécystentérostomie avec le bouton de Murphy, par SWAIN. (*Lancet*, 23 mars.) — Cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie, par GILBERT et CLAUDE. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Blennorragie. — Culture du gonocoque de cas de blennorragie, d'ophtalmie purulente et de pyosalpinx, par WRIGHT. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — Sur les microcoques qui ressemblent aux gonocoques, par W.-K. WYSSOKOWITCH. (*Vratch*, 12 janv.) — Considérations sur quelques points discutés de l'étiologie, du diagnostic et du pronostic de la blennorragie, par BREWER. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er fév.) — Des manifestations à distance de l'infection blennorragique, par PITRUZELLA. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXX, 1.) — Névrite optique d'origine blennorragique, par PANAS. (*Presse méd.*, 23 fév.) — Sur le rhumatisme blennorragique, par WILMANS. (*Münch. med. Woch.*, 38, 1894.) — Des lésions péri-articulaires d'origine blennorragique, par RAYAUD. (*Thèse de Paris.*) — Rhumatisme noueux blennorragique, par GASTOU. (*Soc. franç. de derm.*, 10 janv.) — Sur le rhumatisme aigu gonococcique, par LILIENTHAL. (*Boston med. journ.*, 24 janv.) — Chancre du canal et blennorragie, par DU CASTEL. (*Journ. des Praticiens*, 6, p. 81.) — Opération du phimosis dans la blennorragie sans infecter la plaie, par WOODWARD. (*N.-York med. j.*, 23 fév.) — Blennorragie ano-rectale, par HARTMANN. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Vulvo-vaginite et uréthrite gonococciques aiguës chez un nouveau-né, par MORGENSTEIN. (*Medical Record*, 2 fév.) — Sur quelques cas de salpingites gonococciques sans oblitération du pavillon de la trompe, par HARTMANN. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.) — La douche vaginale dans ses relations avec la blennorragie de la femme, PALMER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mars.) — Cas de blennorragie mortelle, par LOXTON. (*Brit. med. j.*, 5 janv.) — Traitement de la blennorragie, par BARBIER. (*Bourgogne méd.*, 1er déc.) — Comment il faut traiter la blennorragie aiguë chez l'homme, par GUIARD. (*Gaz. des hôp.*, 12 janv.) Le traitement actuel de l'urétrite à New-York, par GUITERAS. (*Med. News*, 6 avril.) — Traitement précoce de la blennorragie, par GOTTHEIL. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 fév.) — Traitement de la blennorragie et de ses complications, par EHRMANN. (*Wiener med. Presse*, 24 fév.) — Traitement local ou général dans la gonorrée, par SIMES. (*Med. News*, 2 fév.) — Résultats de l'emploi du permanganate de potasse dans la blennorragie, par MANTEGAZZA. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXX, 1.) — Sur l'ichtyol dans le traitement de la blennorragie, par CANOVA. (*Thèse de Paris.*)

Bouche. — Stomatites aiguës diffuses, par TENNESON. (*Journ. des Praticiens*, 12 janv.) — Stomatite aphteuse ou herpès buccal, par TENNESON. (*Ibid.*, 7, p. 99.) — Stomatite mercurielle, par TENNESON. (*Ibid.*, 11, p. 161.) — Une forme de mercurialisation thérapeutique (origine et traitement de la stomatite mercurielle tardive), par ELOY. (*Ibid.*, 8, p. 118.) — Manifestations buccales de diathèses arthritiques et goutteuses, par DUNBAR. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 janv.) — Adénome de la lèvre, par DUNN. (*London path. Soc.*, 19 fév.)

Branchie. — Diagnostic et traitement des kystes branchiaux, par DUPLAY. (*Semaine méd.*, 10 avril.)

Bronches. — Anatomie macroscopique des grosses bronches, par Kobler et Hovorka. (*Sitz. kais. Akad. Wiss. Vienne*, CII.) — A propos d'un cas de bronchite pseudo-membraneuse aiguë, par Vandamme et Le Clerc. (*Policl. Bruxelles*, 15 janv.) — Bronchite pseudo-membraneuse primitive, étude pathogénique, par Magniaux. (*Thèse de Paris.*) — De la bronchite fibrineuse chronique, par Paul Koch. (*Wiener med. Woch.*, 9 mars.) — Contribution à l'étude des bronchites infectieuses, par Duflocq. (*Arch. de méd.*, janv.) — Traitement de la bronchite aiguë, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 fév.) — Du traitement de la bronchite chronique par les injections de gaïacol iodoformé, par Dubourg. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas de cancer bronchique, par Meunier. (*Arch. gén. de médecine*, mars.)

Brûlure. — Traitement des brûlures, par Grose. (*Lancet*, 23 mars.) — Traitement des brûlures étendues, par Friend. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 janv.) — Traitement des brûlures, par Karl Schmid. (*Wiener med. Woch.*, 30 mars.)

C

Cancer. — Sur les causes du cancer en Normandie et en Picardie, par Niquet. (*Thèse de Paris.*) — L'indolence des néoplasmes, par Faure. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 fév.) — De l'importance des douleurs irradiées et à distance dans le diagnostic et le pronostic du cancer, par Faure. (*Ibid.*, 16 fév.) — Sur la physiologie de la douleur dans le cancer, par Faure. (*Ibid.*, 6 avril.) — L'étiologie du cancer, des protozoaires parasites, par Allen Smith. (*N.-York med. j.*, 5 janv.) — Du développement des tumeurs, par Ribbert. (*Deut. med. Woch.*, 3 janv.) — Le cancer est contagieux, par Morau. (*Rev. scientif.*, 12 janv.) — Cancer et suppuration, par Hanot. (*Presse méd.*, 9 mars.) — Rôle des glycogènes dans le cancer, par de Backer et Charlier. (*Rev. gén. de l'Antisep.*, 25 mars.) — Conditions de guérison du cancer, par Snow. (*Lancet*, 12 janv.) — Sur l'opérabilité du cancer, par Roux. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — La curabilité des cancers lorsque les glanglions lymphatiques sont envahis, par Curtis. (*Med. Record*, 16 fév.). — Sur le traitement des tumeurs malignes inopérables par les toxines de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus, par W. Coley. (*Med. Rec.*, 19 janv.) — Epithélioma de l'avant-bras, ablation, autoplastie à lambeaux, greffe de l'épithélioma sur le lambeau, par Claude et Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 8 fév.) — Cancer prostato-pubien avec adénopathie sus-claviculaire gauche, par Pauly. (*Lyon méd.*, 24 févr.) — Injections d'huile phosphorée et d'arséniate de soude dans un carcinome du sein inopérable, par Nepveu. (*Soc. de biol.*, 4 mai.)

Cellule. — Des cellules de plasma, par Unna. (*Monast. f. prakt. Dermat.*, XX, 9.) — Le corpuscule central et la division cellulaire, par Prenant. (*Rev. gén. des sc.*, 15 fév.)

Cerveau. — Des connexions du corps strié avec le lobe frontal, par Marinesco. (*Soc. de biol.*, 2 fév.) — Sur les connexions du ruban de Reil avec

la corticalité cérébrale, par M. et Mme Dejerine. (*Ibid.*, 6 avril.) — Sur la structure anatomique du noyau rouge et ses connexions avec le pédoncule cérébelleux supérieur, par Mahaim. (*Mém. cour. Acad. méd., Belgique*, XIII.) — Anatomie du chiasma optique des poissons et origine réelle du nerf optique, par Mirto. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Centre cérébral de la mastication, par Rethi. (*Sitz. kais. Akad. Wiss. Vienne*, CII.) — Centre des noms, localisation dans le lobe temporal, par Mills. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.) — La localisation des impressions tactiles dans le cerveau, par Spitzka. (*Lancet*, 19 janv.) — Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les tubercules quadrijumeaux, la région du thalamus ; remarques sur les défectuosités du cerveau et du cervelet, par Monakow. (*Arch. f. Psych.*, XXXII, 1.) — Sur l'œdème cérébral histologique, par Lévi. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — Cas d'action cérébrale double (dualité), par Bruce. (*Brain*, n° 69.) — De la valeur des troubles de la vue pour le diagnostic topographique des affections du cerveau, par A. Pick. (*Prager med. Woch.* 1 et 2.). — Étude clinico-pathologique des localisations cérébrales, par Shaw. (*Brain*, n° 69.) — Un cas d'asthénie cérébro-spinale intéressant par le côté séméiologique, par Pieraccini. (*Lo Sperimentale*, p. 525, 1894.) — Des aphasies, par Debove. (*Med. Record* 2 janv.) — Sur le mécanisme de l'agraphie dans l'aphasie motrice corticale, par Mirallié. — *Idem.*, par Dejerine. (*Soc. de Biol.*, 30 mars.) — De l'amusie, aphasie musicale, par Edgren. (*Deut. Zeit. f. Nervenk.*, XI. 1 et 2.) — Ramollissement du gyrus angulaire à droite avec ptosis à gauche, par Herter. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.)—Hémianopsie d'origine corticale par ramollissement embolique, par Mouisset. (*Lyon méd.*, 13 janv.) — Hémorragie localisée sous la pie-mère au-dessus du tiers supérieur de l'aire rolandique, convulsions localisées, paralysie des membres, coma, mort, par Putnam. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Un cas d'hémicontracture gauche et un cas d'hémichorée gauche, par foyer hémorragique cérébral, par Caporali. (*Riforma med.*, 3 janv.) — Abcès du lobe occipital gauche avec cécité verbale, par Campbell. (*Liverpool med. chir. j.*, 28, p. 52.) — Phlébite à pneumocoques des veines encéphaliques et des sinus de la dure-mère, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 15 mars.) — Quelques observations sur les causes et le pronostic de l'apoplexie, par Dana. (*Med. Record*, 23 fév.) — Pronostic de l'encéphalite aiguë non suppurée, par Oppenheim. (*Deut. Zeit. f. Nervenk.*, VI, 5 et 6.). — Un cas de poliencéphalomyélite, par Cavone. (*Riv. clin. e terapeutica*, 1, p. 7.) — La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale, par Hallipré. (*Presse méd.*, 19 janv.) — Hernies basales du cerveau, par Fenger. (*Americ. j. of med. sc.*. janv.) — Tumeur de la base du cerveau, par Cary. (*Med. News*, (9 févr.) — Tumeur des tubercules quadrijumeaux, par Guthrie et Turner. (*Lancet*, 2 févr.) — Tumeurs du thalamus optique, par Fisher. (*N. York neurol Soc.*, 8 janv.) — Tumeur de l'aqueduc de Sylvius, par Collins. (*Ibid.*) — Abcès du cerveau, par Meslay. (*Soc. anat. Paris*, 15 fév.) Abcès du cerveau, par Carson. (*N. York med. j.*, 27 avril.) — Abcès du cerveau contenant du pus sans microbes, par Brouardel et Josué. (*Gaz. des hôp.*, 2 avril.) — La chirurgie de l'encéphale, par Allen Starr, trad. de Chipault. (in-8°, *Paris.*) — Pathologie et chirurgie du cerveau, par v. Beck. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII.) — Notes de chirurgie cérébrale, par Sorrentino. (*Riforma med.*, 14 mars.) — De la craniotomie expérimentale et du diagnostic des abcès du cerveau, par Murri. (*Lancet*, 5 janv.) — Deux cas de chirurgie cérébrale : 1° hyperostose traumatique ; 2° abcès du lobe temporal, suite d'otite, par Kraske. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Observations de symptômes de tumeur cérébrale, craniotomie large pour diminuer la pression intra-cranienne, par Clarke et Morton. (*Brit.

med. j., 13 avril.) — Tumeur cérébrale avec symptômes de fausse localisation, trépanation exploratrice, par ALDIBERT. (*Rev. de chir.*, fév.) — Quelques trépanations palliatives dans des cas de tumeurs cérébrales, par ALBERT. (*Wiener med. Woch.*, janv.) — Symptomatologique et traitement chirurgical d'un kyste du cerveau, par ROSSOLIMO. (*Deut. Zeit. f. Nervenk.*, VI, 1 et 2.) — Sarcome du cerveau, ablation, guérison, par MURRAY et RICHARDSON. (*Lancet*, 16 mars.) — Sarcome du cerveau, opération, par DANA. (*N. York neurol. Soc.*, 2 avril.) — Gliome sous-cortical du cerveau lésant le centre brachial, ablation, récidive, deuxième opération, par WOOD. (*N. York med. j.*, 23 mars, p. 379.) — Un cas d'hydrocéphalie et de tumeur du cerveau, par DINKLER. (*Deut. Zeit. f. Nervenk.*, VI, 5 et 6.) — Du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie, par TRIBONDEAU. (*Thèse de Bordeaux.*) — Une famille de microcéphales, par CAPITAN. (*Méd. mod.*, 2 janv.) — Microcéphalie traitée par la craniectomie linéaire, par ORD et COTTERELL. (*London med. Soc.*, 25 fév.)

Cervelet. — Les travaux récents sur la physiologie du cervelet, par LUCIANI. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Des dégénérescences secondaires aux lésions cérébelleuses, par PELLIZZI. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Un cas de tubercule du cervelet, par LE COUNT. (*Journ. Americ med. Ass.*, 16 mars.) — Tumeur du cervelet, par AUVRAY. (*Soc. anat. Paris*, 8 mars.) — Maladies familiales du système nerveux, hérédo-ataxie cérébelleuse, par LONDE. (*Thèse de Paris.*)

Césarienne (Op.) — Technique de l'opération césarienne, par DUDLEY. (*Americ j. of Obst.*, janv.) — Un cas d'opération césarienne, par HAVEN. (*Boston méd. journ.*, 21 fév.) — A propos d'un cas d'amputation utéro-ovarienne-césarienne, par CLIVIO. (*Lo Speriment.*, p. 611 et 625, 1894.) — Opération césarienne pratiquée pour la quatrième fois chez la même malade, par SCHNEIDER. (*Cent. f. Gynæk.*, 26 janv.) — Accouchement prématuré heureux par opération césarienne précoce, par SCHLAEPFER. (*Ibid.*, 9 févr.) — Cancer du rectum, colotomie inguinale, grossesse, opération césarienne, guérison, par DUNCAN. (*Lancet*, 16 fév.) — Grossesse; kyste dermoïde double; opération de Porro; guérison de la mère et de l'enfant, par MC PHATTER. (*Medical Record*, 3 nov. 1894.)

Champignon. — Étude d'une nouvelle mucédinée pyogène parasite de l'homme, par AUCHÉ et LE DANTEC. (*Arch. de méd. exp.*, VI, 6.)

Chancre. — Du cancre mou, par PETERSEN. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 3.) — Présence du bacille de Ducrey dans le bubon du chancre mou avant l'apparition de la suppuration, par AUDRY. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 5.) — Virulence du bubon chancreux avant la suppuration, par AUDRY. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 janv.) — Chancre simple du creux sus-claviculaire, par ROUANET. (*Ibid.*, 1er fév.)

Charbon. — Sur une épidémie de charbon, par ABEL. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 5 et 6.) — Le charbon, par A. DUCAMP. (*N. Montpellier méd.*, 3, p. 45.) — Le charbon dans un village du pays de Gex, par GERLIER. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 221.) — Action des basses températures sur les formes végétatives du bacillus anthracis, par KLEPZOFF. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 9 et 10.) — Morphologie du bacille charbonneux, par HAASE. (*Deut. Zeit. f. Thiermed*, XX, p. 429.)

Chimie. — La chimie médicale dans ses rapports avec la médecine légale,

l'hygiène, par LUDWIG. (in-8°, p. 428, *Vienne.*) — Études sur le chlore et les halogènes dans l'organisme animal, par NENCKI et SCHOUMOW-SIMANOWSKY. (*Arch. sc. biol. Saint-Pétersbourg*, III, 3.)

Chirurgie. — Leçons de clinique chirurgicale faites à Saint-Louis en 1889-90, par PÉAN. (1 vol., *Paris.*) — Technique chirurgicale moderne, par MARCY. (*Medic. Record*, 2 mars.) — Installation chirurgicale et statistique des opérations du premier trimestre à l'Hôtel-Dieu du Creusot, par DEFONTAINE. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 4.) — Les procédés opératoires nouveaux dans leurs rapports avec l'enseignement classique, par BERGER. (*Rev. sc.*, 20 avril.) — Traité des opérations chirurgicales et des pansements chirurgicaux, par WINIWARTER. (In-8°, 472 p., *Stuttgart.*) — De l'opération, par FORGUE. (*Sem. médic.*, 20 fév.) — Leçons de chirurgie, par LEJARS. (In-8°, 635 p., *Paris.*)

Chlorose. — Chlorose et troubles de développement, par STIÉDA. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 1.) — La chlorose dyspeptique, par HUCHARD. (*Journal des Prat.*, 3, p. 33.)

Choléra. — Du diagnostic bactériologique du choléra, par DUNBAR. (*Deut. med. Woch.*, 28 fév.) — Les vibrions intestinaux et la pathogénie du choléra, par SANARELLI. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 3.) — De la vitalité du bacille du choléra et du charbon dans les aquariums, par HŒBER. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 13.) — Variabilité du bacille virgule et diagnostic bactériologique du choléra, par DELÉPINE et RICHMOND. (*Journ. of pathol. and bact.*, III, 2.) — Une réaction colorimétrique pour les cultures cholériques et autres, par LOUNKEWITCH. (*Vratch*, 5 janv.) — Étude sur la virulence, la teneur en azote et le pouvoir immunisant des bacilles cholériques de provenances diverses, par V. DE GIAXA et P. LENTI. (*Ann. dell'Instit. d'igiene d. R. Univ. di Roma*, III.) — Contribution à l'étude de la toxicité du spirille cholérique de Massouah, par F. INGHILLERI et ROLANDO. (*Hyg. Rund.*, IV, in-18, p. 833.) — Nouvelles recherches sur l'infection intrapéritonéale des cobayes avec les bacilles cholériques, par O. VOGES. (*Zeit. f. Hyg.*, XVII.) — Recherches sur l'infection cholérique intrapéritonéale et l'immunité cholérique, par BONHOFF. (*Arch. f. Hyg.*, XXII.) — De la résistance des bacilles cholériques aux basses températures, par WEISS. (*Zeit. f. Hyg.* XVII et *Hyg. Rundsch.*, V, 6.) — Les dernières épidémies cholériques étudiées au point de vue des théories étiologiques de l'eau potable et du bacille, par Oscar WYSS. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 nov. 1894.) L'épidémie cholérique du Djérid, en 1893, par COURTET et DELABORDE. (*Arch. de méd. mil.*, janv.) — De l'épidémie de Lisbonne, par PEREIRH DA COSTA et LEPIERRE. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 5 et 6.) — Des épidémies de choléra à bord de navires, par PFUHL. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 22.) — Le choléra à Tilsitt, en 1893, par WOLFFBERG. (*Centralb. f. allg. Gesund.*, XIII et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 23.) — Le choléra en Bukowine en 1893, par Basil KLUCZENKO et Ludwig KAMEN. (*Zeit. f. Hyg.*, XVI.) — Les mesures quarantenaires du gouvernement argentin contre le choléra, par Carl FRAENKEL. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 18, p. 817.) — Le choléra par l'eau, par HOMAN. (*N. York med. j.*, 30 mars.) — Étude expérimentale sur les infections mixtes dans le choléra, par E. LÉVY et THOMAS. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3). — Étiologie du choléra, par NENCKI. (*Arch. sc. biol.*, *St-Pétersbourg*, III, 3.) — De l'immunité naturelle contre le choléra. Sa prophylaxie et celle des maladies analogues par de simples agents physiologiques, par Carl Gottfried GÜMPEL. (*Munich*, 1894.) — Le choléra n'est autre qu'un empoisonnement par les nitrites, par TSUBOI. (*Deut. Viertel. f. off. Gesund.*,

XXVI, p. 657.) — Du choléra, par H. Schmidt. (*Schmidt's Jahrb.*, n° 2.) — Étude du choléra, par Larche. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la période algide du choléra à l'hôpital Saint-Pierre de Saint-Pétersbourg, en 1892, par Mme Feit. (*Thèse de Paris.*) — Traitement du choléra par l'eau salée, par Rosner. (*Wiener med. Woch.*, 23 fév.) — Traitement rationnel du choléra infantile, par Blech. (*N. York med. j.*, 2 mars.)

Chorée. — Rapports de la chorée et du rhumatisme chez l'enfant, par Cook. (*Americ j. of Obst.*, avril.) — Chorée de Huntington, par Brush. (*N.-York med. j.*, 9 mars.) — Pronostic de la chorée, par Mérigot de Treigny. (*Journ. des Pratic.*, 3, p. 34.) — Sur un cas de chorée hystérique arythmique ayant succédé à un rhumatisme articulaire, par Albert. (*Gaz. des hôp.*, 2 mars.) — Du traitement de la chorée par l'arsenic à hautes doses, par Gougnot. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la chorée par l'électricité statique, par Brower. (*North Americ. Practit.*, VII, 2.) — Traitement de la chorée par la quinine, par Combs Knapp. (*Boston med journ.*, 20 fév.) — Chorée de Sydenham rapidement guérie par les bains électrostatiques, par Régnier. (*Arch. de neurol.*, mai.)

Circulation. — Étiologie et pathogénie du pouls lent, rôle de l'anémie et du surmenage, par Hirtz et Lévy. (*Gaz. des hôp.*, 29 janv.) — Étude de quelques faits relalifs à la morphologie générale du système circulatoire à propos du réseau branchial des poissons, par Bietrix. (*Thèse de Paris.*)

Cœur. — Étude sur l'innervation du cœur des vertébrés à l'aide de la méthode de Golgi, par Heymans et Demoor. (*Arch. de biol.*, XIII, 4.) — Disposition anormale des artères coronaires, par Hepburn. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Méthode de détermination de l'aire cardiaque, par Gajaschi. (Broch., *Parme.*) — Des lésions musculaires de l'oreillette du cœur, par Radasewsky. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Communication interventriculaire, par Meslay. (*Soc. anat. Paris*, 15 fév.) — Communication interventriculaire par inocclusion du septum qui sépare les deux cavités du cœur, par Cluzan. (*Bull. soc. sc. de l'Ouest*, IV, 1.) — Malformation congénitale du cœur, par Bonne. (*Lyon méd.*, 17 fév.) — Les affections cardiaques, importance des synergies fonctionnelles et des sympathies morbides, par Roger. (*Presse méd.*, 9 mars.) — Des souffles précordiaux, par Grasset. (*N. Montpellier méd.*, 8, p. 145.) — Le souffle présystolique de la pointe, de l'insuffiance aortique, par Fisher. (*Lancet*, 9 mars.) — Douleurs cardiaques et troubles sensitifs associés à la faiblesse du cœur, par James Mackenzie. (*Lancet*, 5 janv.) — De l'apparition alternante de dyspnée et de symptômes de stase veineuse dans les affections du cœur, par Zerner. (*Wiener med. Blœtter*, 7 et 8.) — Recherches expérimentales sur la dyspnée cardiaque, par J. Zerner. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Sur un cas d'hyperglobulie chez un malade atteint de cyanose tardive par malformation cardiaque congénitale, par Pierre Marie. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janv.) — De la pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance, par Mme Rechtsamer. (*Thèse de Paris.*) — Insuffisance mitrale d'origine traumatique, par Cognetti de Martiis. (*Ann. di med. navale*, fasc. 4.) — Le cœur droit dans le rétrécissement mitral, par Pelletier. (*Thèse de Paris.*) — Note sur un cas de rétrécissement mitral congénital, par L. Flœrsheim. (*Trib. méd.*, 30 janv.) — Rétrécissement tricuspide d'origine tuberculeuse, par Potain. (*Méd. moderne*, 9 janv.) — Rétrécissement tricuspide avec rétrécissement mitral et aortique, par Stewart et Ashton. (*Americ j. of med. sc.*, fév.) — De la tachycardie, par Martius. (96 p., *Stuttgart.*) — Endocardite infectieuse, septicémie, névrite multiple,

par Lloyd. (*Americ j. of med. sc.*, fév.) — Endocardite droite infectieuse post-puerpérale ; perforation de la cloison interventriculaire par une lésion ulcéreuse unique ayant amené une insuffisance tricuspidienne et aortique, par Péron. (*Soc. Anat. Paris*, 15 mars.) — Les endocardites, par Banti. (*Lo Speriment.*, pp. 496, 1894.) — Endocardite mycotique, par Tyson. (*Med. News*, 16 fév.) — Les péricardites, par Michel. (*Ann. de méd.*, 9, p. 65.) — Péricardite chronique adhésive, oblitération complète de la poche, par Oliver. (*N. York med. j.*, 19 janv.)—Accentuation du deuxième bruit pulmonaire comme signe important de la péricardite, par Warthin. (*Med. news*, 13 avril.) — Paracentèse du péricarde, par Percy Kidd. (*London med. Soc.*, 28 janv. et *Lancet*, 2 fév.) — De la ponction du péricarde, par Sharp. (*Brit. med. j.* 23 mars.) — Anévrisme du cœur avec néphrite interstitielle d'origine cardiaque, par Gouget. (*Soc. anat. Paris*, 1er mars.) — Un cas d'anévrisme du cœur, par Marie et Rabé. (*Ibid.*, 8 mars.) — Dilatation anévrismale de la pointe du cœur, par Guérin. (*Lyon méd.*, 24 mars.) — Rupture idiopathique du cœur, par Collings. (*Lancet*, 20 avril.) — Rupture spontanée du cœur, par Péron. (*Soc. Anat. Paris*, 15 mars.) — Rupture du cœur, par Patterson. (*Brit. med. j.*, 16 mars.) — Sarcome du cœur, par Thacher. (*N. York path. soc.*, 26 déc. 1894.) — Traitement des affections chroniques du cœur par les bains et l'exercice, par Thorne. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — Traitement de la dilatation du cœur, méthode de Schott, par Sturge. (*Ibid.*) — La peptone de viande comme tonique du cœur, par Kemmerich. (*Berl. klin. Woch.*, 5 mars 1894.) — De l'usage des vaso-contracteurs dans les affections cardiaques, par Wilcox. (*Med. Record*, 2 fév.) — Les médicaments employés dans les affections cardiaques, par Bramwell. (*Edinb. med. chir. soc.*, 20 fév.) — Du traitement des formes les plus graves de dilatation cardiaque, par Duckworth. (*Practitioner*, mars.)

Conjonctif. — Des fonctions actives du tissu conjonctif, par Schrakamp. (*Fortschr. der Med.*, XII, p. 693.)

Conjonctive. — La conjonctivite granuleuse dans l'armée hongroise, par Paikrt. (*Rev. d'Hyg.*, XVI. p. 867.) — Prophylaxie et suppression de la conjonctivite granuleuse dans l'armée austro-hongroise, par Karl Hoor. (*Vienne.*) — Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'électrolyse, par Malgat. (*Bull. méd.*, 20 fév.) — Des formes de conjonctivite, de l'opthalmie des nouveau-nés, par Tweady. (*Practit.*, mars.) — Conjonctivite lacrymale à pneumocoques des nouveau-nés, par Parinaud. (*Journ. de méd. prat.*, 10 janv.) — Traitement de la conjonctivite des nouveau-nés par l'irrigation avec l'eau stérilisée, par Wilson. (*Med. News*, 13 avril.) — Syphilide papuleuse de la conjonctive près du bord de la cornée, par de Rothschild. (*Rev. gén. d'Opht.*, XIII, 3.) — 3 cas de pemphigus de la conjonctive, par Glas. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janv.) — De l'ostéome sous-conjonctival, par Galtier. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Carcinome du limbe conjonctival chez un enfant de 14 ans. par Rogman. (*Ann. d'ocul.*, mars.)

Coqueluche. — Coqueluche de 7 mois de durée, par Wilson. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Un nouveau traitement de la coqueluche, par Joire. (*Bull. méd. du Nord*, 22 fév.) — Traitement de la coqueluche par les badigeonnages de la gorge au sublimé, par Hochstetter. (*Ann. policlin. Lille*, janv.) — Contribution au traitement de la coqueluche par la vaccination, par Pirro Bolognesi. (*Journ. de clin. inf.*, 10 janv.) — L'amygdalate d'antipyrine et son emploi dans la coqueluche, par Rehn. (*Münch. med. Woch.*, p. 908.) — Quelques remarques sur le travail de Rehn : l'amygdalate d'an-

tipyrine et son emploi dans la coqueluche, par SONNENBERGER. (*Ibid.*, p. 1,055, 1894.) — Coqueluche guérie par les inhalations de chloroforme, par REHFELD. (*Therap. Monasts.*, fév.)

Cornée. — Contribution à l'étude de la circulation dans la cornée, par GRUBER. (*Graefe's Arch.*, XL, 4.) — Un cas de kératite sympathique, par JOCQS. (*Soc. d'opht.*, *Paris*, 5 mars.) — Kératite symétrique de nature indéterminée, par DESPAGNET. (*Ibid.*, 2 avril.) — Kératite diffuse et dentition, par G. SOUS. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 10 mars.) — Sur la kératite spécifique, par EVANS. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 janv.) — Kératite interstitielle et synovite unilatérales, par THOMSON. (*Lancet*, 6 avril.) — Sur la kératite purulente interstitielle aiguë, par du GOURLAY. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — Ulcères de la cornée, par SCHWARZCHILD. (*N. York med. j.*, 6 avril.) — Des érosions et ulcères de la cornée, leur traitement, par KOLLER. (*Ibid.*, 30 mars.)

Corps étrangers. — Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez une enfant de 5 ans, expulsion du corps étranger, guérison, par de PRADEL. (*France méd.*, 5 avril.) — Traitement des corps étrangers de l'oreille, par COURTADE. (*Bull. de Thér.*, 30 avril.) — Du traitement des corps étrangers de l'oreille, par P. FRANÇOIS. (*N. Montpellier méd.*, 12.) — Greffe accidentelle d'éponge sur la conjonctive datant de 18 mois, par THOMSON. (*Med. News*, 13 avril.) — Sur les dangers que présente l'ablation de corps étrangers de la cornée, par Darrell HARVEY. (*Boston med. journ.*, 7 fév.) — De l'ablation des fragments de fer de l'œil avec l'électro-aimant, par GOLDSCHMIDT. (*Deut. med. Woch.*, 17 janv.) — Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée, par VALUDE. (*Méd. mod.*, 5 janv.) — Des corps étrangers du sinus maxillaire, par BARATOUX. (*Rev. de laryng.*, 1er mars.) — Des corps étrangers du sinus maxillaire et de leur élimination par l'hiatus semi-lunaire, par GOULY. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 1.) — Pénétration par la joue jusqu'à la base du crâne d'un bec d'huilier (20 centimètres), perte de la mémoire des événements passés, ablation, par ABEL et COLMAN. (*Brit. med. j.*, 16 fév.) — Corps étranger, crayon, dans l'aisselle, pris pour une fracture de la clavicule, par TOUSEY. (*N. York med. j.*, 12 janv.) — Hémorragie artérielle par corps étrangers, os de lapin, dans l'œsophage, guérison, par GURNEY. (*Brit. med. j.*, 12 janv.) — Ablation des corps étrangers par l'œsophagotomie externe, par EGLOFF. (*Beit. zur klin. Chir.*, XII.) — Une cuiller dans l'estomac, gastrostomie, suture, guérison, par CAPDEBON. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 24 mars, p. 142.) — Sur l'extraction des corps étrangers de l'urètre et de la vessie, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — 2 cas de sondes molles tombées dans la vessie, ablation à l'aide du brise-pierre, par MALHERBE. (*Ibid.*, fév.) — Corps étranger de l'urètre chez l'homme, épingle à cheveux, urétrotomie externe, guérison, par DESPRÈS. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.) — Corps étranger de la vessie, sonde, par MERCIER. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Rupture d'une sonde dans l'urètre d'un rétréci, extraction par les voies naturelles, par MAUCLAIRE. (*Soc. anat. Paris*, 22 fév.) — Extraction du vagin d'une idiote d'une épingle à cheveux dont une des branches pénétrait derrière la symphyse, l'autre dans la cuisse, par PERRIN. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 520.) — Des corps étrangers de l'utérus, par ALBERTIN. (*Prov. méd.*, 9 mars.)

Cou. — Sur une variété de phlegmon du cou, par BATSERE. (*Thèse de Paris.*)

Crane. — L'indice craniographique, par BELLONI. (*Boll. sc.*, 4, 1894.) — Recherches pratiques sur la topographie cranio-cérébrale, par HAFFNER.

(*Thèse de Paris.*) — Nouvelle anomalie des condyles de l'occipital sur 214 crânes d'aliénés, par Obici et del Vecchio. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Le crâne microcéphalique et le crâne d'hydrocéphale, par Humphry. (*Journ. of Anat.*, janv.). — Crâne avec trous pariétaux énormes, par Symmers. (*Ibid.*) — Sur les exostoses ostéogéniques de la voute crânienne, par Rieffel. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — Crâniotabes, par Pochon. (*Soc. anat. Paris*, 22 fév.) — Fracture du crâne, trépanation, par Delisle. (*Arch. de méd. nav.*, avril). — Hémorragie méningée moyenne, opération, guérison, analyse de 48 cas d'hémorragie intracrânienne, par Scudder et Lung. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Hémorragie méningée moyenne, par Walson. (*Ibid*). — Trépanation pour hémorragie sous dure-mérienne traumatique, par Cerné. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — Fracture du crâne, trépanation, ligature de la méningée moyenne, guérison, par Fontan. (*Bull. soc de Chir.*, XX, p. 587.) — Plaie du crâne par balle de revolver sans pénétration du cerveau, par Michaux. (*Ibid.*, XX, p. 797.) — Trépanation du rocher, pour balle de revolver, par Leriche. (*Journ. de méd. Paris*, 10 mars.) — Fracture du crâne chez un enfant avec dépression et hémorragie abondante, trépanation, guérison, par Owings. (*Med. News*, 13 avril.) — Observations de traumatismes du crâne, fracture avec enfoncement, simulant une sclérose multiple, par Moyer. (*Ibid.*, 2 mars.) — Fracture du crâne, symptômes de compression pendant 34 jours, opération, guérison, par Tubby. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Fracture du crâne à grand fracas, méningo-encéphalite, contusion cérébrale bi-polaire, par Mermet. (*Soc. anat. Paris*, 22 mars.) — Fracture du crâne compliquée, avec enfoncement, déchirure double du sinus longitudinal. Écrasement de substance cérébrale, guérison, par Seydel. (*Münch. med. Woch.*, p. 755.) — Ostéoplasie pratiquée pour remédier aux symptômes, suite d'une hernie du cerveau résultant d'une fracture du crâne avec perte de substance osseuse, par Burnays et Carter. (*Med. Record.*, 30 mars.)—Considérations sur quelques-unes des indications d'intervention dans les blessures de la tête, par Bullard. (*Boston med. journ.*, 24 janv.) — Traitement chirurgical, blessures de tête, par Haughton. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 16 fév.). — Traitement chirurgical des blessures de tête, par Parker. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 16 fév.) — Emploi de l'aluminium pour réparer les pertes de substance du crâne, par A. Lambotte. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 fév.) — Sur un cas de céphalo-hydrocèle traumatique avec large ouverture du crâne, par Isnardi. (*Giorn. Accad. med. Torino*, 1, p. 18.)

Criminel. — État actuel de l'anthropologie criminelle, par Angiolella. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.)

Cristallin. — 100 opérations de cataracte, par Story. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 4 janv.) — L'extraction de la cataracte à notre époque, par Taylor. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Sur l'extraction de la cataracte sénile, par Hasket Derby. (*Boston med. journ.*, 31 janv.) — De l'extraction de la cataracte, par Ring. (*Med. Record*, 23 fév.) — Traitement de cataractes dures par la trituration directe, par Pipino. (*Ibid.*, 2 fév.) — Cataracte congénitale bilatérale avec perforation de la capsule cristallienne chez le lapin, par Vuellers. (*Græfe's Arch.*, XL, 5.) — Cataracte traumatique partielle à la suite de la pénétration d'un éclat de fer, visible dans la partie du cristallin restée transparente, par de Rothschild. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 3.) — Suture de la cornée pour renversement du lambeau cornéen après une opération de cataracte, par Trousseau. (*Ann. d'ocul.*, mars.) — Cataracte traumatique, opération, bons résultats, par Landau. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, fév.) — Le délire après l'opération de la cataracte, par Fernandez.

(*Soc. d'opth. Paris*, 5 fév.) — Nouveau procédé de nettoyage des masses corticales après l'opération de la cataracte, par Chibret. (*Ibid.*) — Hémorragie grave choroïdienne à la suite de l'extraction de la cataracte, par Fromaget et Cabannes. (*Gaz. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — Des hémorragies consécutives à l'extraction de la cataracte, par Rohmer et Faure. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 fév.) — Irido-cyclite après l'opération de la cataracte, glaucome secondaire, ophtalmie sympathique double, par Merz. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, fév.) — Traitement des plaies pénétrantes de la région ciliaire et du cristallin, par Randolph. (*N. York med. j.*, 23 fév.)

Cysticerque. — Cysticerque racémeux de la paroi du cœur, par Firket. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 3.)

D

Daltonisme. — Analyse d'un cas de perversion de la perception des couleurs, par Homer Smith. (*Med. Record*, 9 mars.) — 6 cas de daltonisme (femme) dans la même famille, à deux générations, par Reber. (*Med. News*, 26 janv.)

Démographie. — Statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise, année 1894, par Janssens. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 2.) — Natalité selon l'âge combiné des époux, par Korosi. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 878.) — Natalité et mortalité des villes de Hongrie, par Korosi et Thirring. (*Ibid.*, XVI, p. 882.)

Dent. — Fréquence des maladies des dents chez les enfants de Rome, par Piergili. (*Soc. lancisiana osp. di Roma*, 19 janv.) — Sur les maladies de la dentition, par Kassowitz. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Des accidents septiques résultant de l'évulsion des dents, par Guérard. (*Thèse de Paris.*) — La résorption progressive des arcades alvéolaires ou mal perforant buccal, par Baudet. (*Arch. de méd.*, janv.) — Phlegmon cervico-facial mortel, suite d'affection dentaire, par Elias. (*Lancet*, 16 fév.) — Carie de la deuxième molaire causée par la déviation de la dent de sagesse inférieure, par F. Dufour. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er janv.) — Traitement de la carie dentaire, par Dean. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 janv.)

Désinfection. — De la désinfection des appartements par l'aldéhyde formique, par Philipp. (*Münch. med. Woch.*, p. 926, 1894.) — De la désinfection des maisons infectées par la tuberculose, par Delépine et Ransome. (*Brit. med. j.*, 16 fév.) — Étuve à désinfection par circulation d'un courant de vapeur sous pression, par Vaillard et Besson. (*Arch. méd. mil.*, mars.) — Nouvelles recherches expérimentales sur la désinfection des mains, par Fuerbringer. (*Deut. med. Woch.*, 17 janv.)

Diabète. — Du diabète, son étiologie et sa pathogénie, par Lancereaux. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév.) — Étiologie du diabète sucré, par Grube. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — De la pathogénie du diabète sucré, par Kaufmann. (*Semaine méd.*, 17 janv.) — Nouveaux faits relatifs au mécanisme de

l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie. Influence du système nerveux sur la glycosoformation et l'histolyse, par Kaufmann. (*Soc. de biol.*, 26 janv. et *Acad. des sc.*, 28 janv.) — Aperçu général sur le mécanisme de la glycémie normale et du diabète sucré, par Kaufmann. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Recherches expérimentales sur le diabète pancréatique et le mécanisme de la régulation de la glycémie normale, par Kaufmann. (*Ibid.*, VII, 2.) — Mode d'action du système nerveux dans la production de l'hyperglycémie et de l'hypoglycémie, par Kaufmann. (*Ibid.*, p. 266 et 287.) — De l'influence exercée par le système nerveux et la sécrétion pancréatique interne sur l'histolyse; faits éclairant le mécanisme de la glycémie normale et du diabète sucré, par Kaufmann. (*Acad. des sc.*, 14 janv.) — Pathogénie des diabètes sucrés pancréatique et nerveux, basée sur la clinique et l'expérimentation, par Thiroloix. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 mars.) — Des effets de la section des nerfs du foie chez les animaux normaux ou rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, démonstration de l'existence d'une glycogénie et d'une glycosurie hépato-pancréatique d'ordre cellulaire, par Thiroloix. (*Soc. de biol.*, 30 mars.) — De la glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant, par Linossier et Roque. (*Arch. de pathol. exp.*, VII, 2.) — Particularités morphologiques et microchimiques du sang dans le diabète et la glycosurie, par Bremer. (*Med. News*, 9 fév.) — Du diabète rénal, par Jacobj. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3.) — Diagnostic de la polyurie, par Merklen. (*Semaine méd.*, 9 janv.) — Du diabète insipide, par Saundby. (*Practitioner*, janv.) — Notes sur le diabète sucré, par Teschemacher. (*Deut. med. Woch.*, 25 avril.) — 4 cas de diabète associé au psoriasis, par Grube. (*London clin. soc.*, 8 mars.) — Médicaments modificateurs de la glycosurie, par Richardière. (*Union méd.*, 16 fév.) — Succédané du pain pour les diabétiques, par Williamson. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — L'alimentation des diabétiques, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, 1.) — Sur le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré, par Legendre. (*Thèse de Paris.*)

Digestion. — Fibrinolyse, digestion de la fibrine fraîche par les solutions salines faibles, par Dastre. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Transformation de la fibrine par l'action prolongée des solutions salines faibles, par Dastre. (*Acad. des sc.*, 18 mars.) — Inhibition et digestion, par du Pasquier. (*Gaz. hebd. Paris*, 6 avril.)

Diphtérie. — Étude bactériologique de la diphtérie, par Robert. (*Arch. de méd. nav.*, janv.) — De l'importance des recherches bactériologiques dans la diphtérie, par Mac Collom. (*Boston med. j.*, 17 janv.) — Remarques sur la diphtérie, par Ernst. (*Ibid.*, 17 janv.) — Présence du bacille de Lœffler, dans le sang des diphtériques, par Federici. (*Arch. ital. di clin. med.*, p. 11.) — Persistance du bacille de Lœffler, après la guérison de la diphtérie, par Schæfer. (*Brit. med. j.*, 12 janv.) — L'examen bactériologique dans le diagnostic de la diphtérie, par Bissell. (*Med. News*, 2 fév.) — Bactériologie et pathologie de la diphtérie, par Flexner. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — De la réaction d'indol, dans les cultures de diphtérie par bouillon, par Palmirski et Orlowski. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 11.) — Action des froids d'hiver sur le bacille diphtérique, par Abel. (*Ibid.*, XVII, 16.) — Des lésions intestinales et marche de la température dans l'intoxication diphtéritique expérimentale, par Courmont et Doyon. (*Soc. de biol.*, 2 fév.) — De la marche de la température et de la vaso-dilatation dans l'intoxication diphtéritique expérimentale, par Courmont et Doyon. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Persistance et danger du bacille diphtérique, par Boureau. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 fév.) — Deux exemples démontrant les sources possibles d'erreurs dans les cultures de diphtérie, par Ohlmacher.

(*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mars.) — Le bacille diphtérique dans le poumon atteint de pneumonie, par OHLMACHER. (*N.-York med. j.*, 27 avril.) — Transmission de la diphtérie par les sujets bien portants, par PECK. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Epidémie de diphtérie dans un village, traitée par le sérum antitoxique, par H. SIMON. (*Méd. mod.*, 6 fév.) — A propos de l'épidémie diphtérique à Schlisselbourg, par W. MOLTCHANOFF. (*Vratch*, 5 janv.) — Pathologie de la diphtérie, par HUNT. (*London path. Soc.*, 5 mars.) — De la diphtérie, des diphtériques et de la sérothérapie, par COZZOLINO. (*Morgagni*, mars.) — Du diagnostic de la diphtérie, par HESSE. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 3.) — Des infections mixtes dans la diphtérie, par J. BERNHEIM. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 3.) — *Idem*, par REICHE. (*Cent. f. inn. Med.*, 3.) — De la diphtérie streptococcique et de l'infection du fœtus intra-utérine par le streptocoque, 2 observations, par RICKER. (*Cent. f. allg. pathol.*, VI, 2.) — Laryngite striduleuse et diphtérie, par BONAIN. (*Rev. de laryng.*, 1er mai.) — Etude clinique et expérimentale de la leucocytose dans la diphtérie, par Lovett MORSE. (*Boston med, journ.*, 7 mars.) — 58 cas de diphtérie hémorragique, par AUSTEN et COGILL. (*Brit. med. j.*, 30 mars.) — Un cas d'angine à bacille de Klebs-Lœffler, par de COQUET. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 20 janv.) — Glossite, présence du bacille de Lœffler, dans la pseudo-membrane, par WHARTON. (*Med. News*, 13 avril.) — Anatomie des paralysies diphtéritiques, par PREISZ. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 1 et 2.) — Histoire de la paralysie diphtérique, par MACAN. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 129.) — Diagnostic de la diphtérie, par HAYWARD. (*Ibid.*, p. 139.) — Diphtérie, immunité des femmes en état puerpéral, par ADAMS. (*Ibid.*, p. 151.) — Paralysie respiratoire avec symptômes cardio-pulmonaires dans la paralysie diphtéritique, par PASTEUR. (*London clin. Soc.*, 25 janv.) — Contribution à l'histologie de l'artérite syphilitique des artères cérébrales, par WENDELER. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 161.) — 1 cas de parésie double des moteurs externes à la suite de diphtérie, sans autres troubles oculaires, par HEINTZ. (*Cent. f. prakt. Augenh.* fév.) — Cas rare de diphtérie trachéale sans obstruction laryngée, par GOODALL. (*London clin. Soc.*, 1er mars.) — Anurie dans la diphtérie, par GOODALL. (*Lancet*, 2 fév.) — De la diphtérie vraie de la peau, par G. ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, 10.) — Principes d'une prophylaxie systématique de la diphtérie, par Livius FÜRST. (*Vienne*, 1894.) — De la disposition personnelle et de la prophylaxie de la diphtérie, par WASSERMANN. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX, 3.) — Le traitement de la diphtérie, par HARE. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Traitement médical de la diphtérie, par BUCKINGHAM. (*Boston med. journ.*, 14 fév.) — Traitement médical de la diphtérie, par MASON. (*Ibid.*, 14 fév.) — Quelques mots sur la pathologie et le traitement actuels de la diphtérie, par LOVE. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 mars.) — La nucléine en tant que protéïde protectrice, son administration hypodermique aux différents stades de la diphtérie, par Mount BLEGER. (*Rev. int. de rhinol.*, V, 3, et *Americ. med. bull.*, 15 mars.) — De l'eau oxygénée dans le traitement de la diphtérie, par NAVRATIL. (*Wiener med. Woch.*, 9 mars.) — Diphtérie guérie par les insufflations et les pastilles de sulfite de magnésie, par MARTIN. (*Lancet*, 9 fév.) — Nouvelle médication prophylactique de la diphtérie, par J. BERGMANN. (*Allg. med. Cent.*, 1894, nº 1.) — Sur la valeur du tube stomacal dans l'alimentation après l'intubation; 28 observations; de son usage dans la paralysie post-diphtéritique, par MORRISON. (*Boston med. Journ.*, 7 fév.) — Analyse de 2,658 cas de diphtérie traités à la clinique, par HIRSCH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.) — De l'origine de la sérumthérapie, par ARLOING. (*Journ. des Prat.*, 14.) — Contribution à la statistique de la sérothérapie, par A. MUGGIA. (*Giorn. Accad. medic. Torino*, LVIII, 2, p. 137.) — Diphtérie, étiologie, traitement, sérothérapie, par KYLE. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Résultats du traitement

sérothérapique de la diphtérie dans le canton de Vaud, par Morax. (*Sem. méd.*, 8 mai.) — Du sérum antidiphtérique, par Kohts. (*Therap. monats.*, avril.) — Traitement de la diphtérie à la clinique d'enfants de Strasbourg, résultats pour 1889-94, par Siegert. (*Ibid.*, mars.) — La diphtérie, le croup et la sérothérapie, par Escherich. (In-8, 155 p., *Teschen.*) — Préparation de l'antitoxine diphtérique, par Fitzpatrik. (*N.-York med. j.*, 27 avril.) — Recherches sur la préparation de l'antitoxine diphtérique, par Ohlmacher. (*Med. News*, 16 mars.) — Recherches sur la valeur comparée des sérums de Behring et de Roux, par Janowski. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 7 et 8.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la toxine et l'antitoxine diphtériques, par Zagari et Calabrese. (*Rif. med.*, 25 fév.) — Phénomènes graves après l'injection de l'antitoxine de Behring, par P. K. Haller. (*Vratch*, 9 fév.) — Angine membraneuse traitée par le sérum de Roux, mort avec anurie et convulsions urémiques, par Guinon et Rouffilange. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — La sérothérapie dans la diphtérie et le diagnostic bactériologique des angines, par Tison. (*Journ. méd. Paris*, 14 avril.) — La guérison définitive chez les diphtériques, par Martha. (*France méd.*, 1er mars.) — La préparation de l'antitoxine diphtérique de Behring, par Klein. (*Journ. de clin. inf.*, 3 janv.) — La sérumthérapie antidiphtérique, par Mya. (*Ibid.*, 17 janv.) — Sur l'association de la diphtérie à la tuberculose, par Variot. (*Ibid.*) — Angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum antitoxique de Roux. Albuminurie, urémie, arthropathies, par Committon. (*Ibid.*) — Quelques remarques sur le tubage du larynx dans la diphtérie, par Variot. (*Ibid.*, 21 janv.) — 1 cas de diphtérie chez l'adulte traité par la sérumthérapie, par Chabry. (*Ibid.* 21 fév.) — Doit-on employer le sérum anti-diphtérique comme procédé d'immunisation chez l'enfant, par Variot. (*Ibid.*, 7 mars.) — Le sérum antidiphtérique est-il homogène? par Variot. (*Ibid.*, 14 mars.) — Observations sur la caducité des membranes diphtériques après les injections de sérum antidiphtérique, par Variot. (*Ibid.*, 21 mars.) — Observations sur la régénération récidivante des fausses membranes diphtériques après les injections de sérum, par Variot. (*Ibid.*, 28 mars.) — Observations de diphtérie associée à la tuberculose traitées par le sérum antidiphtérique et suivies de mort, par Variot. (*Ibid.*, 11 avril.) — Note sur la sulfuration des canules et des tubes après la trachéotomie ou le tubage, par Cochinal. (*Ibid.*, 11 avril.) — Sur la recherche et la présence de l'albumine dans les urines d'enfants soumis aux injections de sérum antidiphtérique, par Coulon et Gasser. (*Soc. méd. des hôp.*, 1er mars.) — Le traitement de la diphtérie (sérothérapie et perchlorure de fer), par Watelet. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 janv.) — Un cas de diphtérie traitée et guérie par le sérum antitoxique, par Ch. Mougour. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mars.) — 2 cas de diphtérie conjonctivale traités par l'antitoxine, par Jessop. (*Opht. soc. of unit. Kingdom*, 31 janv.) — La conjonctivite diphtéritique, son traitement par le sérum antitoxique, par Morax. (*Ann. d'ocul.*, avril). — Antitoxine et diphtérie, par Rupp. (*N.-York. j.*, 30 mars, p. 408.) — Quelques effets éloignés de l'antitoxine, par Porteous. (*Ibid.*, 12 janv.) — Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par Muehleck. (*Ibid.*, 9 fév., p. 183.) — Technique de l'emploi de l'antitoxine, par Chaffe. (*Ibid.*, 23 mars.) — Le traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par Latham. (*Cambridge med. Soc.*, 1er fév.) — Le traitement antitoxique des maladies infectieuses, la diphtérie, par Hunt. (*Lancet*, 9 mars.) — 2 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par Richardson. (*Ibid.*, 20 avril.) — Diphtérie laryngée primitive traitée par le sérum de Behring, par Freund. (*Med. News*, 2 mars.) — 10 cas de diphtérie traités par l'antitoxine, par Smith. (*Ibid.*, 23 mars.) — Sérumthérapie de la diphtérie, par Withington. (*Boston med. journ.*, 14 mars.) — Endémicité de diphtérie apparemment jugulée

par l'usage de l'antitoxine, par MORRILL. (*Ibid.*, 24 janv.) — Les effets du sérum antidiphtéritique sur la mortalité par diphtérie en 1894, par VISSMAN. (*Amer. med. surg. Bull.*, 15 fév.) — Résumé sur l'antitoxine de la diphtérie, par BECKER. (*Journ. Americ. med. Ass.*) — Indications et contre-indications de la sérumthérapie de la diphtérie, par Louis FISCHER. (*Med. Record*, 6 avril.) — Sérumthérapie de la diphtérie, par Cyrus EDSON. (*Ibid.*, 6 avril.) — Contribution à la statistique du traitement de la diphtérie par le sérum, par C. GALLI. (*Giorn. Acad. med. Torino*, 1, p. 51.) — Etude générale sur la diphtérie et la sérothérapie, mission en Allemagne, par COZZOLINO. (*Boll. mal. dell' orechio*, XIII, 2.) — Deux cas de diphtérie guéris par la sérothérapie, par GAMBA. (*Ibid.*, XIII, 4.) — Sur l'efficacité du sérum de Behring dans la diphtérie, par BLUMENFELD. (*Wiener klin. Woch.*, 3.) — Le sérum de Behring et la diphtérie, par GNAENDIGER. (*Ibid.*, 1.) — Injections de sérum de Behring dans la diphtérie, résultats, par KRYNTSCHAK. (*Ibid.*, 4.) Sérumthéraphie de la diphtérie, par KASSOWITZ. (*Wiener med. Woch.*, 26 janv.) — Sérumthérapie de la diphtérie, par DRASCHE. (*Ibid.*, 2 fév.) — Le sérum antidiphtérique influence-t-il en quelque manière les échanges nutritifs de l'organisme sain, par KARLINSKI. (*Ibid.*, 16 fév.) — Sérumthérapie de la diphtérie, par MONTI. (*Ibid.*, 16 fév.) — Epilogue du débat sur la sérumthérapie de la diphtérie, par KASSOWITZ. (*Wiener med. Presse*, 10 fév.) — De la sérumthérapie de Behring à la campagne, par HANDLER. (*Ibid.*, 10 fév.) — Expériences sur le traitement par le sérum sanguin dans la diphtérie, par GANGHOFNER. (*Prager med. Woch.*, 1 à 3.) — Contribution à l'étude du traitement avec le remède de Behring pour la diphtérie, par GRÜNFELD (*Ibid.*, 2.) — Pathogénie et traitement de la diphtérie, par D. WEISS. (*Ibid.*, 12 à 14.) — De la sérumthérapie de la diphtérie, par J. STEIN. (*Ibid.*, 12 et 13.) — Rapport sur la sérumthérapie, d'après la méthode de Behring, dans la diphtérie, par R. von ENGEL. (*Ibid.*, 13 et 14.) — Sur 2 cas de croup traités par les injections de sérum et l'intubation du larynx, par DELOTTE. (*Limousin méd.*, mars). — Tubage dans la diphtérie, par THYNE. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Du tubage du larynx dans le croup, par CASTANEDA. (*Arch. latin. de rinol.*, fév.) — 3 nouveaux cas de tubage dans le croup, par HENRY. (*Bull. méd. Nord.*, 26 avril.) — Les 2 premières opérations de tubage à Lille, par DELÉARDE. (*Bull. méd. Nord*, 22 mars.) — Statistique de 100 cas consécutifs de trachéotomie pour croup, par CASTELAIN. (*Ibid.*, 12 avril.)

Dysenterie. — Etiologie de la dysenterie, par CELLI et FIOCCA. (*Riforma med.*, 9 fév., et *Cent. f. Bakt.*, XVII, 9 et 10.) — La dysenterie, par WEBER. (*Med. Record*, 30 mars.) — Sur les causes de la dysenterie, par GASSER. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.) — Etiologie de la dysenterie, par DE SILVESTRI. (*Soc. de biol.*, 2 fév.) — La dysenterie à Tilsitt, en 1893, par WOLFFBERG. (*Cent. f. allg. Gesundh.*, XIII, 3 et 4.) — Rapports entre la dysenterie et les abcès du foie, par LEAHY. (*Lancet*, 13 avril.) — Pseudo-rhumatisme infectieux précoce dans une dysenterie grave, arthrite avec épanchement séro-purulent du genou gauche, arthrotomie, drainage, guérison, par BRAULT. (*Lyon méd.*, 27 janv.)

E

Eau. — Procédé chimique d'épuration, par Bordas et Girard. (*Acad. des Sc.*, 25 mars.) — De la stérilisation de l'eau en campagne, par Langlois. (*Presse méd.*, 5 mai.) — Rôle des plantes à chlorophylle dans l'épuration spontanée des cours d'eau, par Th. Bokorny. (*Arch. f. Hyg.*, XX, et *Hyg. Rundsch.*, IV, n° 17, p. 306.) — La filtration de l'eau, par Chapin. (*Med. News*, 5 janv.) — De l'examen bactériologique des eaux, par Marpmann. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 11.) — De l'influence de la température dans l'analyse bactériologique des eaux, par Ausset. (*Soc. de biol.*, 26 janv.) — Analyse bactériologique des sources de Carbonière et de Beautrian comme eau potable, par Cassaet. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 24 fév.) — Les eaux potables de Rome, par Blasius. (*Deutsche Viertelj. f. offent. Gesundh.*, XXVI, p. 639.) — Relation de l'examen bactériologique des eaux potables de Cagliari, par Achille Sclavo. (*Rome*, 1894.) — Présence du bacille typhique et du coli-bacille dans l'eau potable, par Frankland. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX, 3.)

Eaux minérales. — Des modifications du sang par le traitement thermal de l'eau de la Bourboule, source Choussy, par Lafon. (*Acad. des Sc.*, 18 fév.) — Sur les sulfo-bactéries des limons d'Odessa, par Yègounow. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 4.) — Analyses bactériologiques des eaux de Vichy, par Gab. Pouchet. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXII, p. 198.) — Embouteillage et conservation des eaux minérales naturelles, par Gab. Pouchet. (*Ibidem.*, p. 323.) — Traitement des maladies chroniques du cœur et des vaisseaux par la balnéation thermale chlorurée gazeuse, par de Bosia. (Broch. *Paris.*) — Individualité thérapeutique des sources hydrominérales de Vichy, par Gautrelet. (*Rev. des maladies de la nutrition*, p. 1.) — Des cures thermales pour la stérilité féminine, par H. Kisch. (*Therap. Monats.*, janv.)

Éclampsie. — Anatomie pathologique de l'éclampsie, par Jung. (*Thèse de Leipzig*, 1894.) — De l'albuminurie puerpérale et des convulsions, par Williams. (*Practitioner*, janv.) — Eclampsie postpartum chez une multipare épileptique, par Trèpont. (*Arch. de tocol.*, janv.) — Eclampsie infantile, hémiplégie droite, puis hémiplégie gauche, guérison par Woodbury. (*Med. News*, 27 avril.) — Contracture musculaire tonique chez un enfant mort-né, femme éclamptique, opération césarienne post mortem, par Dohrn. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 mai.) — Un cas d'éclampsie chez la mère et l'enfant, par Woyer. (*Ibid.* 30 mars.) — Traitement de l'éclampsie, par v. Gubaroff. (*Ibid.* 2 fév.) — Eclampsie, emploi du vératrum, par Davis. (*Med. News*, 9 fév.) — Saignée dans l'éclampsie par Dwyer. (*N. York med. j.*, 5 janv.)

Eczéma. — Eczéma des muqueuses, par Hartzell. (*Med. News*, 27 avril.) — Eczéma du cuir chevelu, par Cantrell. (*Med. News*, 30 mars.) — L'eczéma séborréique des jeunes enfants, son traitement, par Brunon. (*Normandie méd.*, 1er mai.) — Traitement de l'eczéma du cuir chevelu par le

salicylate de soude, par Lockwood. (*N. York med. j.*, 20 avril. et *Med. Record*, 16 fév. p. 216.)

Électricité. — L'électricité en médecine, par Morton. (*N. York med. j.*, 20 avril.) — Effets de l'électricité et du magnétisme sur le développement, par Windle. (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur un moyen de contrôler et de régulariser les courants induits, par Cleaves. (*Med. Record*, 9 fév.) — Nouvelles recherches sur la galvanocaustie interstitielle, par Gilles. (*Marseille méd.*, 15 mars.) — Effets mortels des courants électriques, par Jones. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Premiers secours dans les accidents par l'électricité, par Hedley. (*Lancet*, 2 fév.) — Méthode de rappel à la vie après le choc électrique, par Gibbons. (*N. York med. j.*, 20 avril.) — Les courants alternatifs sinusoïdaux en thérapeutique, par Gautier et Larat. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.) — Action thérapeutique des courants à haute fréquence, par Apostoli et Berlioz. (*Acad. des Sc.*, 18 mars.) — Sur l'emploi en physiologie expérimentale des courants alternatifs de haute tension produits par les machines électrostatiques, par Rouxeau. (*Arch. d'élect. méd.*, janv., et *Gaz. méd. Nantes*, 12 janv.) — Action des étincelles statiques sur la température locale des régions soumises à ce genre de franklinisation, par Bordier. (*Acad. des Sc.*, 29 avril et *Arch. d'élect. méd.*, 15 avril.) — Sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs à haute fréquence, par Apostoli et Berlioz. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 avril.) — De l'influence des bains statiques sur la tension et la forme du pouls, par Dignat. (*Ibid.*, 15 mars.) — Rhéostat pour un courant statique induit, par Cleaves. (*Ibid.*) — Recherches sur la galvanocaustie interstitielle, par Gilles. (*Ibid.*) — Les courants transformés, par Luraschi. (*Ibid.*, 15 fév.) — De la parésie intestinale des typhoïdiques et de son traitement par les courants continus, par Fernet et H. Martin. (*Ibid.*) — Traitement des angiomes de la face par l'électrolyse, par Barbier. (*Ibid.*) — Traitement des manifestations articulaires de la goutte et du rhumatisme par introduction électrolytique du lithium, par Labatut, Jourdanet et Poste. (*Ibid.*) — Electrolyse locale et cataphorèse par l'amalgame de zinc pour les tumeurs bénignes et malignes, par Massey. (*Med. News*, 9 mars.) — De l'électrothérapie, son emploi et son action dans les maladies nerveuses, par Buschan. (*Therap. Monats.*, janv.) — De l'électrothérapie des cicatrices, par Lewandowski. (*Wiener med. Presse*, 13 janv.) — De la transparence électrique pour l'examen des tumeurs et des épanchements, par Lange. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 1.) — Nouvel électrode stomacal, par Wegele. (*Therap. Monats.*, avril.) — Electrode à interrupteur commutateur pour électro-diagnostic, par Leduc. (*Arch. d'élect. méd.*, janv.)

Éléphantiasis. — Notes sur l'éléphantiasis, par Farner. (*Cent. f. Gynack.*, 27 avril.)

Embolie. — Embolie graisseuse, après une incision du sein, pour abcès diffus, par Ferguson. (*Lancet*, 6 août.) — Embolie septique de l'œil droit, suite de pyohémie, par Wood. (*Med. News*, 27 avril.)

Embryon. — Sur le sort des blastodermes des poulets implantés dans les tissus d'animaux de la même espèce, par Féré. (*Soc. de biol.*, 4 mai.) — La première apparition de la cavité cœlomique dans l'aire embryonnaire du lapin, par van der Stricht. (*Soc. de biol.*, 23 mars.) — Maturation de l'œuf des mammifères, par Holl. (*Sitz. Kais. Akad. Wiss. Vienne*, CII.) — Sur les battements du cœur chez les embryons monstrueux du poulet, par Féré. (*Soc. de biol.*, 12 janv.) — De l'influence de la nicotine injectée

dans l'albumen sur l'incubation de l'œuf de poule, par Féré. (*Ibid.*)

Emphysème. — Emphysème traumatique généralisé, ponction, guérison, par Lucas. (*Brit. med. j.*, 13 avril.)

Empoisonnement. — Manuel de toxicologie, par von Wyss. (196 p., *Wiesbade.*) — Sur les toxiques, par Barclay. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mars.) — Empoisonnement par la cocaïne, par Tecter. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Empoisonnement par la cocaïne, par Leopold. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 nov. 1894.) — Empoisonnement par la cocaïne, guérison, par Walker. (*Lancet*, 2 fév.) — Un cas de morphinomanie, par Senlecq. (*Ann. méd. psych.*, janv.) — Un cas de morphinomanie guérie par les injections de phosphate de soude augmenté progressivement et compensant la diminution également progressive de la morphine, par Luys. (*Gaz. des hôp.*, 10 janv.) — Quelques cas d'empoisonnement par l'opium traités avec succès par le permanganate de potasse, par Moor. (*Med. Record*, 2 mars.) — Permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium, par Carpenter. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Empoisonnement par les semences de datura, par Wehrli. (*Therap. Monats.*, avril.) — De l'intoxication par la duboisine à doses thérapeutiques, par Marandon de Montyel. (*Rev. de méd.*, janv.) — Sur l'action physiologique d'un poison des flèches du Soudan français, par Ferré et Busquet. (*Soc. de biol.*, 30 mars.) — Empoisonnement par les champignons, mort, par Hill. (*Brit. med. j.*, 9 fév.) — De la leucocytose dans l'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Eaton. (*Boston med. journ.*, 14 mars.) — Empoisonnement par le sulfonal, 5 à 6 grammes. Guérison, par Birt. (*Brit. med. j.*, 30 mars.) — Intoxication aiguë par le sulfonal, par Hirsch. (*Therap. Monats.*, janv.) — Accidents provoqués par une teinture pour cheveux, à base de chlorhydrate de paraphénylène diamine, par Cathelineau. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Un cas d'intolérance pour les préparations iodées, par Mauchle. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er avril 1894.) — Empoisonnement par l'acide phénique, par Brown. (*Lancet*, 2 mars.) — Des modifications de l'appareil respiratoire dans l'empoisonnement par l'acide phénique, par Walhholz. (*Deut. med. Woch.*, 28 fév.) — Empoisonnement aigu par l'arsenic, névrite multiple, par Meirowitz. (*N.-York neurol. soc.*, 8 janv., et *Jour. of nerv. dis.*, mars.) — Dégénérescence graisseuse des muscles du cœur dans l'empoisonnement phosphorique, par A. Ignatowski. (*Vratch*, 26 janv.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, perforation de l'estomac, par Burdet. (*Lyon méd.*, 10 fév.) — A propos de la toxicité du chromate de plomb, par K.-B. Lehmann. (De jeunes chats ont reçu sans inconvénients, pendant 6 ou 7 semaines, 3 fois par jour, 5 à 10 centigrammes de ce corps.) (*Arch. f. Hyg.*, XIX, et *Hyg. Rundsch*, IV n° 18, p. 345.) — Empoisonnement par le sel d'oseille, par Fleury. (*Journ. de pharm.*, 1er mars.)

Enfants. — Du soin des enfants trouvés, par Troitzky. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 4.) — Le traitement et l'éducation des enfants arriérés, par Beach. (*Londres.*) — Leçons cliniques et mémoires sur le rachitisme, la tuberculose, les tumeurs abdominales, etc., par Jenner. (In-8°, p. 342, *Londres.*) — Modifications du sang dans les maladies des enfants, par J. Loos. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 4.) — Recherches sur les modifications de température et la mortalité des nouveau-nés par suite de maladies du cordon, par Hermes. (*Cent. f. Gynaek.*, 27 avril.) — Hémorragie par le cordon ombilical au dixième jour, par Stuart. (*Med. News*, 9 fév.) — De l'état actuel de la question relative à l'infection de la plaie ombilicale chez

les nouveau-nés, par EHRENDORFER. (*Wiener med. Woch.*, 16 mars.) — De l'hémiplégie cérébrale infantile, par DÉJERINE. (*Bull. méd.*, 13 janv.) — Contraction et rigidité cadavérique chez le fœtus et le nouveau-né, par LAVERGNE. (*N. Montpellier méd.*, 13.) — Crampe clonique du diaphragme chez le fœtus, par HINK. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 fév.) — Paralysie faciale chez les enfants, par BÉZY. (*Presse méd.*, 20 avril.) — Paralysie générale chez l'enfant, par THOMSON et DAWSON. (*Lancet*, 16 fév.) — Endocardite végétante avec embolie chez un enfant de 4 ans et 1/2, par COURDOUX, (*Jour. de clin. inf.*, 7 mars.) — Souffles cardio-pulmonaires chez les enfants, par DELABOST. (*Thèse de Paris.*) — Asystolie chez les enfants, par COMBY. (*Médecine mod.*, 13 fév.) — Un cas de pleurésie purulente chez l'enfant, par H. LAMARQUE. (*Jour. méd. Bordeaux*, 27 janv.) — Traitement de l'empyème chez l'enfant, par CAUTLEY. (*London med. Soc.*, 28 janv.) — Physiologie du système digestif chez l'enfant, par BALLANTYNE et LAZORE. (*Journ. de clin. infant.*, 14 fév.) — La nutrition des enfants nourris avec le lait bouilli, pasteurisé, stérilisé, par KOPLIK. (*N.-York med. j.*, 13 avril.) — Infections d'origine cutanée chez les enfants, par HULOT. (*Thèse de Paris.*) — Toxi-infections digestives chez l'enfant, par BARBIER. (*Jour. des praticiens*, 5 janv.) — Des sources d'infection chez le nourrisson, par MARFAN. (*Presse méd.*, 5 janv.) — De la fièvre entérique chez les enfants, par STOWELL. (*Med. Record*, 16 mars.) — Des gastro-entérites des enfants du premier âge, par FICHOT. (*Thèse de Paris.*) — Les lésions des reins dans la gastro-entérite aiguë des enfants, par BERNHARD. (*Berlin klin. Woch.*, 17 sept. 1894.) — De la pérityphlite chez l'enfant, par SCHAEFER. (*Deut. med. Woch.*, 4 avril.) — Ictère mortel chez un enfant de 2 ans, par DONKIN. (*Lancet*, 5 janv.) — Cirrhose du foie chez un enfant, par WEBER. (*London path. Soc.*, 2 avril.) — Cirrhose du foie chez l'enfant, par O'CARROLL. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 8 mars.) — Atrophie du foie chez l'enfant, par ESHNER. (*Med. News*, 2 fév.) — Diabète maigre à marche rapide chez un garçon de 14 ans, par COMBY. (*Méd. infant.*, 15 janv.) — De l'anémie des enfants, par WARNER. (*Med. Record*, 23 fév.) — Du scorbut dans l'enfance, par WISE. (*Ibid.*, 23 mars.) — Un cas de scorbut infantile, par EGAN. (*Journ. Americ. Med. Ass.*, 9 fév.) — La fièvre typhoïde chez les enfants au-dessous de deux ans, par ADAMS. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Le quinquina chez les enfants, par COMBY. (*Méd. moderne*, 27 mars.) — La quinine chez les enfants, par COMBY. (*Ibid.*, 17 avril.) — La belladone chez les enfants, par COMBY. (*Ibid.*, 5 janv.) — Réfrigération dans les maladies infectieuses chez les enfants, par LACAZE. (*Thèse de Paris.*) — Sur le traitement des diarrhées infantiles, par CHATEL. (*Thèse de Paris.*) — Des bons effets de l'antipyrine dans certaines diarrhées de l'enfance, par SAINT-PHILIPPE. (*Mercredi méd.*, mai.) — Les affections chirurgicales de l'enfance, par KAREWSKI. (*Stuttgart*, 1894.) — Invagination intestinale chez un enfant de 4 ans; laparotomie, guérison, par E. CHARON. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — De l'invagination intestinale chez l'enfant, par HIRSCHPRUNG. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 4.) — Etranglement de l'appendice vermiforme chez un enfant de 6 semaines, résection, guérison, par POLLARD. (*Lancet*, 4 mai.) — Oblitération du duodénum, par BRINDEAU. (*Journ. de méd. Paris*, 24 mars.) — De l'ostéomyélite des enfants en bas âge, par BRAQUEHAYE, (*Gaz. hebd., Paris*, 27 avril.) — Gigantisme infantile avec tumeur du testicule, par SACCHI. (*Riv. sper. di freniat*, XXI, 1.) — Tumeurs solides rétropérinéales chez l'enfant, par MC NABB. (*N.-York med. j.*, 23 mars.) — Hydronéphrose congénitale chez un enfant de 2 ans, ablation, guérison, par E. MARTIN. (*Rev. de chir.*, avril.) — Ablation d'un sarcome du rein droit chez un enfant de 15 mois, par GOERL. (*Cent. Krank. Harn.*

u. Sexualorgane, 10, 1894.) — La litholapaxie chez les enfants, par Morelli. (*Riv. clin. e terapeutica*, 2, p. 61.) — Un cas de lithotomie chez un enfant atteint d'extrophie de la vessie partiellement close ; création d'un urètre avec le tissu scrotal, mort, par Roberts. (*Journ. Americ. Med. Ass.*, 19 janv.) — Sur les tumeurs malignes des enfants, par Mariage. (*Thèse de Paris.*)

Épilepsie.— De l'intoxication dans l'épilepsie, par Voisin et Petit. (*Arch. de neurol.*, avril. — De l'épilepsie tardive, par Rossi. (*Riforma med.*, 25 janv.) — De l'épilepsie jacksonienne, considération clinique et thérapeutique, par Siguier. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de phobie chez un épileptique neurasthénique, par Isnel. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Traitement de l'épilepsie, par Hattie. (*Med. News*, 30 mars.) — Traitement de l'épilepsie, par Peterson. (*Americ. Med. Surg. Bulletin*, 1er fév.) — De la nécessité de la bromuration continue chez les épileptiques soi-disant guéris, par Féré. (*Rev. de méd.*, mars.) — Le solanum carolinense dans le traitement de l'épilepsie, par Bondurant. (*Med. News*, 30 mars.) — Un cas de trépanation pour épilepsie, par Halloger. (*Arch. de neurol.*, avril.) — Opération pour épilepsie datant de 7 ans, guérison complète, par Taylor, (*Journ. of nerv. dis.*, avril.)

Érysipèle. — Pleuro-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe, par Papillon. (*Presse méd.*, 27 avril.) — Erysipèle à répétitions, par Nimier. (*Jour. de clin. infantile*, 3 janv.) — Traitement abortif de l'érysipèle par la traumaticine à l'ichthyol, par Juhel Renoy et Bolognesi. (*Bull. de thérap.*, 30 janv.) — L'ichthyol dans le traitement de l'érysipèle, par Falcone. (*Progresso medico*, 3.)

Estomac. — Recherches sur le volume, les dimensions et les fonctions de l'estomac sain et malade, par Meltzing. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Sur la dimension, la position et la mobilité de l'estomac sain et malade, par Martins. (*Wiener med. Woch.*, 9 fév.) — De la percussion auditive de l'estomac ectopique, par Legnani. (*Giorn. int. sc. med.*, XVI.) — Sur l'inhibition du tonus et des mouvements de l'estomac chez le chien par l'excitation électrique du bout périphérique du pneumogastrique sectionné au cou, par Doyon. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Méthode d'étude du contenu de l'estomac, par Strauss. (*Therap. Monats.*, mars.) — Examen clinique du suc gastrique, par Robin. (*Ann. de méd.*, 4 janv.) — Sur le suc gastrique du chat, par Riasantsew. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 3.) — Quelques observations sur un mode d'estimation quantitative de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, par Friedenwald. (*Med. Record*, 6 avril.) — Notes pratiques sur le dosage du suc gastrique, par Girard. (*Journ. de méd. Paris*, 7 avril.) — Contribution aux méthodes de détermination de l'acide chlorhydrique, par Schule. (*Münchener med. Woch.*, p. 777, 1894.) — De l'importance respective de l'HCl libre et combiné dans le suc gastrique, par de Luna. (*Marseille méd.*, 15 avril.) — Valeur de la présence de l'acide lactique dans l'estomac, par Friedenwald. (*N.-York med. j.*, 23 mars.) — De la valeur diagnostique de la réaction de l'acide lactique dans les affections de l'estomac, par C. v. Noorden. (*Wiener med. Blætter*, 6.) — De la valeur de l'acide lactique pour le diagnostic du cancer de l'estomac, par Klemperer. (*Deut. med. Woch.*, 4 avril.) — Canule obturatrice pour fistule gastrique, par Carvallo et Langlois. (*Arch. de phys.* VII, 2.) — A propos du chimisme stomacal, par Renaut, Bourget, Glénard. (*Bull. méd.*, 17 fév.) — De l'influence de l'état de la sensibilité de l'estomac sur le chimisme stomacal, par Sollier et Parmentier. (*Arch. de phys.*,

VII, 2.) — Sur une nouvelle méthode de diagnostic et de thérapie de certaines maladies de l'estomac et de leur examen bactériologique, par Turck. (*Wiener med. Woch.*, janv.) — De la dyspepsie nerveuse, par Illoway. (*Med. Record*, 5 janv.) — Des gastralgies et de leur traitement, par Raulin. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 3 mars.) — De la gastralgie, par Cuffer. (*Ann. de médecine*, 6 et 7.) — L'épreuve du salol dans l'atonie gastrique, par Benedict. (*Med. News*, 9 fév.) — De l'embarras gastrique, par Glorget. (*Thèse de Paris.*) — Gastro-succorrhée, par Debove. (*Méd. moderne*, 23 fév.) — Dilatation de l'estomac, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars.) — Sur la gastrite acide, par Boas. (*Wiener med. Woch.*, 1er janv.) — Des principales variétés de gastrite, par Hayem. (*Soc. de biol.*, 23 fév.) — Sur la dilatation de l'estomac, statistique, causes, etc., par Bouloumié. (*France méd.*, 10 mai.) — Gastroptose et mérycisme avec luxation volontaire de l'estomac, du rein, par Abrams. (*Med. News*, 13 avril.) — Des palpitations liées aux affections gastriques, par Mlle Porojniakow. (*Thèse de Paris.*) — De la formation de sulfure d'hydrogène dans les maladies d'estomac, par Boas. (*Cent. f. inn. Med.*, 19 janv.) — Du péristaltisme stomacal dans les sténoses rapides du pylore, par Bigaignon. (*Thèse de Paris.*) — Diagnostic et traitement de la sténose du pylore, par Einhorn. (*Med. Record*, 19 janv.) — Traitement des rétrécissements non cancéreux du pylore, par Ogston. (*Lancet*, 23 mars.) — Etude de la leucocytose digestive dans l'ulcère et le cancer de l'estomac, par Schneyer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Transformation d'un ulcère simple de l'estomac en épithélioma, par Lyonnet. (*Lyon méd.*, 3 mars.) — Des difficultés du diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac, par Lorenzi. (*Thèse de Paris.*) — Contribution au diagnostic du cancer de l'estomac, par Schule. (*Münch. med. Woch.*, 38, 1894.) — Du contenu de l'estomac dans le cancer, par Oppler. (*Deut. med. Woch.*, 31 janv.) — De l'absence de l'acide chlorhydrique libre signe de cancer de l'estomac, par Faulkner. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mars.) — Nouveau signe de diagnostic précoce du cancer de l'estomac, par Stewart. (*Med. News*, 16 fév.) — Sur une forme latente de l'épithélioma stomacal, par Jasienski. (*Thèse de Paris.*) — Cancer de l'estomac, traitement physiologique, par Keefe. (*N.-York med. j.*, 9 mars.) — Traitement médical des affections de l'estomac, par Jacobi. (*Med. Record*, 2 fév.) — Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections digestives, par Linossier. (*Bull. méd.*, 24 mars.) — Influence directe des alcalins sur la sécrétion stomacale, par Reichmann. (*Therap. Monats.*, mars.) — Du mode d'action du bicarbonate de soude sur l'estomac, par Chabert. (*Thèse de Lyon.*) — Comment doit-on prescrire le bicarbonate de soude dans la dyspepsie, par H. Huchard. (*Journal des Praticiens*, n° 5, p. 64.) — Comment on doit prescrire l'acide chlorhydrique dans les affections de l'estomac, par le même. (*Ibid.*, n° 7.) — Ulcère chronique de l'estomac, traitement par la papaïne, par Rankin. (*Lancet*, 9 fév.) — De la suracidité de l'estomac et de son traitement par le nitrate d'argent et par la douche nitratée, par Rosenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 nov., 1894.) — Traitement chirurgical moderne des affections de l'estomac, par Kammerer. (*Med. Record*, 2 fév.) — De l'intervention chirurgicale dans les dyspepsies, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thér.*, 15 janv.) — Sur la gastropexie, par Duret, rapport de Le Dentu. (*Bull. Acad. méd.*, 19 mars.) — Remarques cliniques sur la thérapeutique chirurgicale de la dilatation de l'estomac, par Ullmann. (*Wiener med. Woch.*, 2 mars.) — Perforation de l'estomac par un fragment d'os; péritonite, mort, par Riolacci. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Déchirure traumatique de l'estomac, par Laurencin. (*Lyon méd.*, 27 janv.) — Perforation d'un ulcère de l'estomac, opération, guérison, par Walters. (*Lancet*,

23 fév.) — Ulcère de l'estomac, perforation, laparotomie, guérison, par Lundie. (*Edinburgh med. chir. Soc.* 16 janv.) — De la perforation de l'ulcère simple de l'estomac et de son traitement chirurgical, par Chapt. (*Thèse de Paris.*) — Cas de perforations de l'estomac par ulcère rond opérés avec succès, par Atherton. (*Med. Record*, 5 janv.) — Indications de la pyloroplastie, pylorectomie et de la gastro-entérostomie, par Grundzach. (*Therap. Monats.*, mars.) — Gastro-entérostomie avec plaques de Senn pour sténose pylorique, par Sinclair. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Pylorectomie pour cancer, bon état trois ans après l'opération, par Jessop. (*Ibid.*) — Trois observations de gastro-entéro-anastomose, par E. Blanc. (*Loire méd.*, 15 fév.)

Exanthème. — Eruption chéloidiforme consécutive à une friction d'huile de croton, par Matignon. (*Méd. moderne*, 4 mai.) — Deux cas d'érythème phlycténulaire produit par l'antipyrine, par Suss. (*France méd.*, 22 mars.) — Eruption rare causée par l'antipyrine. (*Presse méd.*, 16 fév.) — Des exanthèmes par le bromoforme, par Mueller. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 8.) — Eruption iodique, par du Castel. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 mars.) — Eruption iodoformique, par Raynaud. (*Ibid.*) — La médication sudorifique dans les maladies exanthématiques, par A. Mennella, (*Il Progresso medico*, 1, p. 3.)

Expectoration. — Le centrifugeur dans l'examen des crachats, par Hudson (*Jour. Améric. med. Ass.*, 9 fév.). — Acide urique dans l'expectoration par Freer. (*Brit. med. j.*, 13 avril.)

F

Face. — Un cas d'hémiatrophie faciale progressive, par Pieraccini. (*Sperimentale*, p. 585, 1894.) — Paralysie faciale bilatérale, suite de grippe, par Barkas. (*Lancet*, 26 janv.) — Blessure de la face par coup de feu à blanc avec fusil de 1886, à 0,20, par Dupeyron. (*Arch. de méd. mil.*, janv.)— Tumeur veineuse de la face, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.) — Epithélioma de la face, par Tillaux. (*France méd.*, 4 janv.) — Plaidoyer en faveur de l'étude de l'art et la science cosmétiques dans les difformités de la face, par Ed. Schaefer. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 janv.)

Ferment. — Sur la production du ferment glycolytique, par Lépine. (*Acad. des sc.*, 21 janv.) — Sur le ferment glycolytique produit artificiellement aux dépens de la diastase du malt ou du pancréas, par Lépine et Martz. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.)

Fièvre. — La cause de la fièvre, par Gley. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Nouvelles recherches sur la pyrétogénine, par Roussy. (*Soc. de biol.*, 30 mars.) — De la fièvre, par Ughetti. (232 p., *Iéna.*) — De la fièvre aseptique consécutive à certaines lésions traumatiques, par Broca et Lacour. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 mars.) — Etiologie de la fièvre aphteuse épizootique, par Piana et Fiorentini. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 13.)

Fistule. — Fistule branchiale du cou guérie par l'électrolyse, par Lichtwitz. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 avril.) — Cure opératoire des fistules urinaires; un cas de guérison de fistule urétro-vaginale, par Mackenrodt. (*Wiener med. Woch.*, 30 mars.) — Des fistules urétro-vaginales, par Tuffier. (*Journ. des Pratic.*, 14.) — Traitement des fistules vésicales. par Winternitz. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 avril.) — Traitement des fistules vésico et recto-vaginales, par Ferguson. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales, par Teynac. (*Thèse de Bordeaux.*)

Foie. — Des effets de l'énervation du foie, par Kaufmann. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Quantité de fer contenue dans le foie et la rate d'un fœtus humain normal à terme, par Lapicque. (*Ibid.*, 19 janv.) — Les hyperplasies compensatrices dans la régénération du foie, par Hanot. (*Presse méd.*, 5 avril.) — De la facilité du surmenage hépatique, par Cassaet et Mongour. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 fév.) — Sur les changements du sang dans quelques maladies du foie, par G. Vlaew. (*Vratch*, 2 fév.) — De l'influence des maladies du foie sur l'état des reins, par Gouget. (*Thèse de Paris.*) — De l'ictère émotif, par Laffitte. (*Ibid.*) — Un cas de maladie de Weil, par Goldenberg. (*Deut. med. Woch.*, 11 avril.) — Pathologie et traitement de l'ictère par rétention intra-tubulaire, par Porter. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er déc. 1894.) — Sur le pus des abcès du foie, par Boinet. (*Marseille méd.*, 1er fév.) — De la stérilité dans le pus des abcès du foie, par Longuet. (*Presse méd.*, 16 mars.) — Abcès aréolaire du foie d'origine calculeuse, par Widal et Griffon. (*Soc. anat. Paris*, 25 janv.) — Abcès dysentérique du foie pris pour une pleurésie purulente. Remarques sur le pus stérile, par Achard. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janv.) — Abcès du foie, dysenterie amébique, opération, guérison, par Curnow. (*Lancet*, 4 mai.) — Abcès de la face convexe du foie, opération de Little, guérison, par Fabre. (*Marseille méd.*, 1er mai.) — Traitement d'un abcès du foie compliqué d'ascite, guérison par la méthode de Little retardée par Nicaud. (*Bull. Soc. chir.* XX, p. 792.) — Le curetage des abcès du foie, par Bresson. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cinq observations de gros foies, par King. (*N. York med. j.*, 19 janv.) — Du foie glacé (Zuckergussleber), par Rumpf. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 272.) — A propos d'un cas de cirrhose atrophique du foie, par Mouzon. (*France méd.*, 29 mars.) — Quelques données sur la question de l'étiologie des cirrhoses du foie, par Kabanoff. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — De la leucocytose dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par Hanot et Meunier (*Soc. de biol.*, 26 janv.) — A propos d'un cas de cirrhose hypertrophique du foie, par Combemale. (*Bull. méd. du Nord*, 8 fév.) — Cirrhose du foie chez un sujet de 25 ans, par Naunyn. (*Wiener klin. Rundsch.*, 6 janv.) — Liquide dans la plèvre droite dans la cirrhose hépatique commune, par Villani. (*Riforma med.*, 9 mars.) — Souffle veineux intra-abdominal dans les inflammations interstitielles chroniques du foie, par V. Jaksch. (*Prager med. Woch.*, 10 janv.) — Adénome tuberculeux du foie; extirpation; pas de récidive au bout d'un an, par von Bergmann. (*Berl. klin. Woch.*, 24 sept. 1894.) — Cancer hépatique avec glycosurie alimentaire, par Sacaze. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 janv.) — Cancer avec cirrhose du foie, par Galvagni. (*Arch. ital. di clin. med.*, XXXIII.) — Sur l'évolution d'un carcinome hépatique présumé, survenu à la suite d'une opération de sarcome anal; formation spontanée de cristaux de leucine dans l'urine, par Bruneau. (*Bull. méd. du Nord*, 8 mars.) — De la médication glycérinée dans les affections gastriques et intestinales et dans les coliques hépatiques, par Piogey. (*Clin. franç.*, 25 fév.) — Rupture de la vésicule biliaire et du foie, par Lane. (*London clin. soc.*, 8 mars.)

Fracture. — Atlas des fractures et des luxations traumatiques, par Helferich. (*Munich.*) — Fracture spontanée des côtes, par Freeland. (*Brit. med. j.*, 16 fév.) — Un cas de fracture du col anatomique de l'humérus, par Gibson. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 janv.) — Un cas de fracture transverse de l'humérus au niveau de l'insertion deltoïdienne par action musculaire, par Mooks. (*Boston med. j.*, 21 mars.) — Suture de l'olécrâne en cas de fracture fermée, par Schwartz. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 93.) — La fréquence relative de la fracture de Colles suivant l'âge, 988 cas, par Powers. (*Med. News*, 9 mars.) — De la fracture oblique sus-condylienne du fémur, par Marsh (*Practitioner*, janv.) — Fracture du col du fémur chez un homme de 88 ans, guérison avec cal osseux, par Thornton. (*Lancet*, 12 janv.) — Sur les fractures du col du fémur chez l'adulte, par Legrain. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Un cas de suture sous-cutanée d'une rotule fracturée, par Keefe. (*Boston med. j.*, 3 janv.) — Fracture partielle de la rotule, fragment simulant un corps étranger articulaire, par Faure. (*Soc. anat. Paris*, 11 janv.) — De l'accélération de la consolidation osseuse des fragments de la rotule, par Baehr. (*Cent. f. Chir.*, 20 avril.) — Fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, suture malléolaire, résultats éloignés, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 13 janv.) — Des suites des fractures, par Gallez. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 2.) — De la fièvre dans les fractures fermées chez l'enfant, par Broca. (*Mercredi méd.*, 30 janv.) — Sur la suppuration de fractures sous-cutanées, par Krecke. (*Münch. med. Woch.*, 35, 1894.) — De l'interposition musculaire dans la constitution des pseudarthrose, par Gauthier. (*Thèse de Lyon.*) — Pseudarthrose de la jambe guérie par glissement des fragments, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Du traitement ambulatoire des fractures, par Bum. (*Wiener Klinik*, 1.) — Le traitement des fractures compliquées, par Pershing. (*Med. News.*, 2 fév.) — Sur les nouvelles méthodes de traitement des fractures, par Landerer. (*Münch. med. Woch.*, p. 1005, 1894.) — Traitement ambulatoire et massage des fractures de la rotule, par Zum Busch. (*Cent. f. Chir.*, 11 mai.) — Traitement de la fracture de Colles, par Jacobson. (*N. York med. j.*, 6 avril.) — Traitement des fractures, par Bunts. (*Med. News*, 30 mars.) — Traitement des fractures, par Lane. (*Brit. med. j.*, 20 avril.)

Fulguration. — Monoplégie brachiale par fulguration, par Collet. (*Arch. d'élect. méd.*, janv. et *Lyon méd.*, 6 janv.) — Des troubles produits par la fulguration sur l'appareil oculaire, par Rohmer. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.)

G

Gangrène. — Gangrène spontanée, suite de fièvre typhoïde, par Mettler. (*N.-York med. j.*, 9 mars.) — Gangrène trophonévrotique des extrémités, par Harold. (*Lancet*, 9 fév.) — Des modifications du pouls dans la maladie de Raynaud, par Louis. (*Thèse de Paris.*) — Phlegmon gangréneux et gangrène gazeuse, par Dubar. (*Bull. méd. du Nord*, 8 fév.) — Gangrène rapide des membres, amputation, par Williams. (*Brit. med. j.*, 2 fév.) — Traitement de la gangrène sénile, par Bailey. (*St-Barthol. hosp. rep.*, XXX, p. 69.)

Génitaux (Org.) — Verrues acuminées du pénis, phimosis et lymphangite, par GUITERAS. (*N.-York med. j.*, 27 avril.) — Sur une nouvelle méthode de circoncision, par MC INTOSH. (*Med. Record*, 23 mars.) — Une hyperesthésie génitale en rapport avec la brièveté du frein de la verge, par FÉRÉ. (*Rev. de chir.*, avril.) — Induration syphilitique des corps caverneux, par BATUT. (*Mercredi méd.*, 20 fév.) — Des conduits de Gartner, par NAGEL. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 janv.) — Bactériologie des organes génitaux de la femme et pathologie des métrites, par CHEINISSE. (*Gaz. des hôp.*, 9 mars.) — Lésions des organes génitaux de la femme produites pendant le coït, par LEOW. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 déc. 1894.) — Des adhérences des petites lèvres, par MOREAU. (*Thèse de Paris.*) — Des tumeurs liquides de la grande lèvre, par SAGE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tumeur énorme de la grande lèvre, par MARTIN. (*Normandie méd.*, 1er fév.) — Epithéliome de la vulve, par HART. (*Practitioner*, fév.)

Géographie (médicale). — De la distribution géographique des maladies tropicales en Afrique, par FELKIN. (*Edimbourg.*)

Glaucome. — Etiologie et traitement du glaucome, par O. WALTER. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, janv.) — Glaucome dans le cours d'un rhumatisme articulaire, par DAGINCOURT. (*La Clin. franç.*, 10 janv.)

Goutte. — Pathologie des accès de goutte, par BERKART. (*Brit. med. j.* 2 fév.) — Goutte articulaire survenant chez un urémique, par JACCOUD. (*France méd.*, 8 fév.) — Le cœur goutteux, par BRUCE. (*Practitioner*, janv., — De l'hématurie goutteuse, par MABBOUX. (*Lyon méd.*, 24 fév.) — Traitement de trois cas de goutte par la lysidine, par KLEMPERER et v. ZEISIG. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Traitement de la goutte et du rhumatisme par électrolyse du lithium, par LABATUT. (*Dauphiné méd.*, 1er janvier.) — Notes sur le traitement de la goutte, de la diathèse urique, par EDWARDS. (*N.-York med. j.*, 20 avril.)

Greffe. — De l'emploi comme greffe du feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule, par AMAT. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Un cas de greffe de peau de grenouille, par Sceley SMITH. (*Boston med. Journ.*, 24 janv.) — Réfection de la peau par les greffes autoplastiques, par OLLIER. (*Lyon méd.*, 31 mars.)

Grippe. — Quelques réflexions à propos de l'épidémie de grippe, par JOSIEWICZ. (*Journ. de méd. Paris*, 7 avril.) — L'épidémie de grippe de 1891-92 en Allemagne, par WUTZDORFF. (*Arbeiten aus. d. k. Gesundheitsamte*, IX.) — Histoire clinique de l'influenza, par NEWTON. (*N.-York med. j.*, 30 mars, p. 409.) — Symptomatologie et traitement, par STOWELL. (*Ibid.*, p. 410.) — Le microbe de l'influenza par BEZANÇON (*Méd. mod.*, 19 janv.) — Sur l'influenza, par BOENS. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 2.) — Des affections consécutives à la grippe, par BIET. (*Thèse de Paris.*) — La grippe chez les opérés, par BOUTIN. (*Thèse de Paris.*) — Des accidents oculaires consécutifs à l'influenza, par GALEZOWSKI. (*Soc. d'opht. Paris*, 2 avril.) — Aphasie transitoire au cours d'une pneumonie grippale, par PAILHAS. (*Arch. de neurol.*, mai.) — Encéphalopathie grippale, par CORNIL et DURANTE. (*Bull. Ac. méd.*, 5 mars.) — Névrite d'origine grippale, par TROUILLET. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Rapports entre la grippe et la pneumonie épidémique, par CRUICKSHANK. (*Brit. med. j.*, 16 fév.) — Particularités cliniques des broncho-pneumonies grippales, par FERREIRA. (*Rev. mal. de l'enf.*, mars.) — De la splénomégalie grippale de l'adulte, par

Mangoubi. (*Thèse de Paris.*) — Complication insolite de la grippe (péritonite mortelle, dilatation du gros intestin, par coprostase, ulcérations de la muqueuse intestinale et thrombose des veines mésaraïques correspondantes), par O. Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 sept. 1894.) — Erythèmes scarlatinoïdes de l'influenza, par Moreau. (*Ann. policlin. Bordeaux*, janv.) — Traitement des troubles nerveux du cœur par suite de grippe, par Sansom. (*Practitioner*, avril.) — Sulfure de calcium comme prophylactique de l'influenza, par Green. (*Brit. med. j.*, mai.) — Prophylaxie de la grippe par Coghill. (*Ibid.*, 6 avril.) — Grippe chez un enfant avec hyperpyrexie, par Mc Caw. (*Ibid.*)

Grossesse. — L'élimination de la créatinine pendant la grossesse, par Lo Monaco et Turelli. (*Soc. Lancis. osp. di Roma*, 19 janv.) — Etude du réflexe rotulien dans la grossesse, par Neumann. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 fév.) — Les vomissements de la grossesse, par Loviot. (*Journ. méd. Paris*, 21 avril.) — Traitement électrique des vomissements de la grossesse, par Gautier. (*Arch. de tocol.*, janv.) — De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par Ricard. (*Thèse de Paris.*) — Cas de grossesses compliquées de maladies du cœur, par Sears. (*Boston med. journ.*, 21 fév.) — De l'anémie grave dans la grossesse, par Husson. (*Thèse de Paris.*) — De la dermatite de Duhring au cours de la grossesse, par Perrin. (*Ibid.*) — Trois cas de maladie rénales pendant la grossesse, par Herman. (*Practitioner*, fév.) — Grossesse compliquée d'abcès pérityphlique, par Mc Arthur. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Fièvre typhoïde pendant la grossesse, par Stryher. (*Med. New*, 26 janv.) — Cas de grossesse trigémellaire avec rétention prolongée de deux fœtus morts dans l'utérus, par Lambinon. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 déc. 1894.) — Traitement des grossesses gémellaires, par Narich. (*Journ. de médec. Paris*, 27 janv.) — Pathologie de l'amnios, présence du sucre dans le liquide amniotique d'une diabétique enceinte, par Ludwig. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 mars.) — Grossesse dans une moitié d'un utérus bicorne, par Arnold et Tinley. (*Lancet*, mars.) — De l'endométrite dans la grossesse, étiologie, par Veit; bactériologie, par Emmanuel et Wittkowsky. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 1.) — Les traitements et les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse, par Huguemin. (*Conc. méd.*, 20 oct. 1894 et *Arch. de tocol.*, fév. 1895.) — Quelques nouveaux faits de grossesse après l'hystéropexie abdominale. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Un cas de stérilité guéri par le massage, par Leder. (*Ibid.*, avril.) — Un cas de rupture traumatique de l'utérus dans la grossesse, par Reusing. (*Cent. f. Gynaek.*, 12 janv.) — Des formes ectopiques de la grossesse, par v. Ott. (*Leipzig.*) — Grossesse, ectopie, étiologie, classification, traitement, par Webster. (*Edimbourg.*) — De la grossesse extra-utérine, par Dibot. (*Thèse de Paris.*) — Remarque sur la grossesse ectopique, par Foerster. (*Med. Record*, 30 mars.) — Complication dans une grossesse extra-utérine, par Steltner. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 janv.) — Rétention pendant 4 ans dans l'utérus du squelette d'un fœtus de 7 mois, résultat de grossesse avortée, par Resnikow. (*Ibid.*, 2 mars.) — Céliotomie vaginale pour deux cas de grossesse tubaire, par Duehrssen. (*Ibid.*, 13 avril.) — De la grossesse extra-utérine, par Thomson. (*Zeit. f. Geburt.*, XXXII, 1.) — Grossesse extra-utérine tubaire gémellaire; rétention pendant 15 ans d'un fœtus mort à terme; laparotomie, guérison, par Folet. (*Bull. méd.*, mars.) — Importance de la caduque comme témoignage de grossesse extra-utérine, par Griffith. (*Trans. Obst. Soc. London*, XXXVI, p. 335.) — Grossesse tubaire rompue dans le péritoine, venant faire saillie au niveau du canal inguinal simulant une hernie étranglée, laparotomie, guérison par Malherbe.

(*Soc. anat. Paris*, 11 janv.) — Grossesse extra-utérine, hystérectomie vaginale, par Delaunay. (*Ibid.*, 8 mars.) — Hématocèle rétro-utérine par rupture de grossesse tubaire, par Mermet. (*Ibid.*, 5 avril.) — 2 cas de laparatomie, diagnostic de grossesse tubaire avant la rupture du sac, par Lewers. (*Lancet*, 6 avril.) — Grossesse extra-utérine, deux grossesses ultérieures, par Phillips. (*Clin. Sketches*, janv.) — Conception dans une trompe accessoire, grossesse extra-utérine, opération césarienne, par Saenger. (*Monats. f. Geburt.*, janv.) — Grossesse extra-utérine, variété interstitielle ou tubo-utérine, par Gray. (*Americ. j. of Obst.*, mars.) — Grossesse tubaire, môle, du diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine, par Vineberg. (*N.-York med. j.*, 23 mars.) — Hématocèle par rupture d'une trompe gravide, opération 8 ans après l'époque probable de l'avortement tubaire, existence de villosités choriales dans les caillots, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 28 mars.) — Grossesse tubaire datant de 14 mois, fœtus mort à 6 mois, laparotomie, extirpation du kyste fœtal, guérison, par Jeannel et Stieber. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er fév.)

Gynécologie — De la valeur de la kynésithérapie en gynécologie, par Rich. Hogner. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 janv.) — *Idem.*, par Sofie Nordhoff. (*Ibid.*, 16 mars.) — L'emploi thérapeutique de la vapeur d'eau en gynécologie, par Pincus. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 mars.)

II

Helminthe. — L'helminthiase en Russie, par Broido. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 fév.) Notes helminthologiques, par Ward. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 9 et 10.) — Sur l'oxyure vermiculaire, par Fraysse. (*Thèse de Paris.*) — Sur un cas de trichinose, par Trétrop. (*Ann. Soc. Anvers*, mars.) — Sur une forme particulière de douve hépatique provenant du Sénégal, par Railliet. (*Soc. de biol.*, 4 mai.) — La distomatose pulmonaire par la douve du foie, par de Gouéva. (*Thèse de Paris.*) — Le distome pulmonaire aux Etats-Unis, par Ward. (*Med. News*, 2 mars.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie paroxystique essentielle et hérédo-syphilis, par Courtois-Suffit. (*Méd. moderne*, 2 mars.) — Hémoglobinurie et hérédo-syphilis, par Comby. (*Ibid.*, 6 mars.) — Hémoglobinurie paroxystique due au froid, par Bishop. (*Med. News*, 16 mars.) — Hémoglobinurie et infection, par Barbier. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 mars.)

Hémorragie. — Hémorragie de la conjonctive palpébrale, par Stœwer. (*Deut. med. Woch.*, 7 fév.) — Des hémorragies cutanées, par Sack. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 4.) — De l'hémophilie chez la femme, par Kolster. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVII, 3.) — Hémorragie secondaire 18 jours après l'accouchement, septicémie, mort, par Tompkins. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Un cas d'hémorragie utérine interne, par Tuttle. (*Boston med. J.*, 10 janv.) — Deux cas d'hémorragie grave *post-partum*, injections salines, par Moore. (*N.-York med. j.*, 16 mars.) — Traitement des hémorragies utérines dans les deux derniers mois de la grossesse, par Smyly. (*Brit. med. j.*, 12 janv.) — Traitement par expression de l'hémorragie *post-partum* par

inertie utérine, par Soulagne. (*Nouv. Montpellier méd.*, 12 janv.) — Un nouveau traitement des métrorragies, par Labadie-Lagrave. (*Rev. int. de thérap.*, 13 fév.) — De l'essence de térébenthine comme hémostatique, par Sasse. (*Therap. Monats.*, fév.)

Hémorroïdes. — Hémorroïdes externes, leurs rapports avec les veines hémorroïdales externes, par Otis. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — Traitement des hémorroïdes, par Roux. (*Therap. Monats.*, mars.) — D'une nouvelle opération dans la cure radicale des hémorroïdes, par Henderson. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 fév.) — Traitement des hémorroïdes, par Otis. (*Boston med. Journ.*, 21 mars.)

Hérédité. — Considérations générales sur l'hérédité hétéromorphe, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — De l'hérédité en pathologie nerveuse, par Raymond. (*Bull. méd.*, 3 avril.)

Hernie. — Difficultés de diagnostic entre l'étranglement herniaire et les kystes sacculaires enflammés chez les vieillards, par Gaudier. (*Bull. méd. Nord*, 22 janv.) — Péritonite herniaire, par Desguin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Hernies compliquées, par Milliken. (*N.-York med. j.*, 16 mars.) — 39 cas de hernie étranglée, par de Garmo. (*Ibid.*, 16 mars, p. 344.) — Un cas de hernie diaphragmatique congénitale, par Sears. (*Boston med. Journ.*, 31 janv.) — Hernie diaphragmatique étranglée, par Mc Closky. (*Lancet*, 4 mai.) — Des hernies de la ligne blanche, par Niehves. (*Berlin. Klinik*, 80.) — 400 cas de hernie inguinale traités par la méthode de Bassini, par Montegnacco. (Broch., *Milan.*) — Hernie inguinale gauche congénitale et orchidopexie, par Courtin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mars.) — Deux cas d'entérocèle vaginale postérieure, par Heinricius. (*Cent. f. Gynaek.*, 27 avril.) — De la cure radicale des hernies inguinales chez l'enfant, par Bittner. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.) — De l'opération radicale de la hernie inguinale chez les enfants du premier âge, par Natanson. (*Thèse de Paris.*) — Traitement chirurgical de la hernie inguinale, par Marey. (*Med. News*, 12 janv.) — Hernie inguinale gangrenée, anus contre nature, entérorraphie, guérison, par Adam. (*Gaz. des hôp.*, 19 fév.) — Inconvénients tardifs de la résection de l'épiploon dans les opérations de hernie inguinale, par Postempski. (*Riforma med.*, 27 fév.) — Un cas de hernie lombaire, par Galloway. (*Med. Record*, 9 mars.) — Kélotomie pour hernie pectinée, par Alberti. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 3 et 4.) — Hernie obturatrice étranglée, femme de 78 ans, laparotomie, guérison, par Bennett. (*Lancet*, 4 mai.) — Hernie obturatrice étranglée, par Gerdes. (*Deut. med. Woch.*, 31 janv.) — Un cas de hernie ombilicale congénitale, par Hecht. (*Münch. med. Woch.*, p. 1037, 1894.) — Hernies ombilicales des nouveau-nés et des enfants, par Cahier. (*Rev. de chir.*, avril.) — De l'omphalectomie avec cure radicale dans les hernies ombilicales, par Pernice. (*Cent. f. Chir.*, 19 janvier.) — Sur la cure radicale des hernies ombilicales, procédé Quénu, par Roger. (*Thèse de Paris.*) — De la cure radicale de la hernie ombilicale, par Tillaux. (*Semaine méd.*, 6 mars.) — De l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales, par v. Langsdorff. (*Cent. f. Chir.*, 27 avril.) — Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite, par Bariéty. (*Thèse de Paris.*) — Hernie épiploïque dans la gaine du grand droit de l'abdomen simulant un fibrome de la paroi, par Duplay. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Du traitement de la hernie étranglée, de la cure radicale, par Rose. (*Practitioner*, fév.) — Sur une deuxième et troisième série de 50 cures radicales de hernie, par Delorme. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — De la cure radicale

des hernies non étranglées, résultats, par Beresowsky. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 3 et 4.) — Traitement des hernies chez l'enfant, 133 cas, par Coley. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Cure radicale des hernies, par Bousquet. (*Journ. des Praticiens*, 11, p. 162.) — 35 cas de résection de l'épiploon dans les opérations de hernie, par de Garmo. (*N.-York Acad. of med.*, 11 mars.) — Cure radicale de hernie, occlusion intestinale, laparotomie, mort, par Riche. (*Gaz. des hôp.*, 3 janv.) — De la hernie gangrenée avec phlegmon périherniaire, par Samter. (*Cent. f. Chir.*, 23 fév.) — Fistule stercorale de 2 ans et demi consécutive à une kélotomie pour hernie étranglée, guérison, par Bowlby. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Traitement des hernies gangrenées (procédé de l'invagination), par Guinard. (*Union méd.*, 9 fév.)

Herpès. — Herpès bilatéral de la 5e paire, par Douglas. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Herpès avec distribution anormale, par Drinwater. (*Ibid.*) — Herpès gestationis, par Perrin. (*Ann. de dermat.*, V, 12, p. 1371.) — Herpès récidivant de la fesse, par Feulard. (*Ibid.*, 10 janv.)—Examens du sang relatifs à l'origine paludique de l'herpès, par Winfield. (*N.-York med. j.*, 6 avril.)

Histologie. — Traité d'histologie humaine, par Boehm et Davidoff. (404 p., *Wiesbade*.) — Emploi de la formaline comme mordant dans la coloration par l'aniline, par Ohlmacher. (*Med. News*, 16 fév.) — Du formol comme moyen de fixation, par Reimar. (*Fortschr. der Med.*, XII, p. 773 et 813.)— Du formol comme réactif fixateur et durcissant des centres nerveux, par R. Marie. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Sur l'emploi combiné du bichromate de potasse et du sulfate de cuivre pour l'imprégnation des cellules du système nerveux central, par Berdal. (*Soc. de biol.*, 23 fév.) — Sur l'imprégnation des cellules du système nerveux central par des mélanges de bichromate de potasse et de sulfate de cuivre, par Berdal. (*Ibid.*, 16 mars.) — Étude des centres nerveux avec l'aldéhyde acétique, par Vassale et Donaggio. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — La solution de sublimé et de bichromate de potasse comme moyen de fixation, par Zenker. (*Münch. med. Woch.*, 27, 1894.) — Nouvelle méthode de coloration du système nerveux, recherches sur les cellules ganglionnaires et névrogliques, par Rosin. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 avril 1894.) — De la coloration spécifique de la mucine, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 7.) — Description et principales applications de la méthode d'immersion, par Maurel. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.) — De la coloration des préparations nerveuses, par Flatau. (*Deut. med. Woch.*, 28 mars.)

Hôpital. — Le nouvel hôpital de la ville de Berlin à Urban, par A. Hagemeyer. (*Deutsch. Viert. f. œff. Gesund.*, XXVI, p. 610.)—La confrérie de la Misericordia aux colonies portugaises, par Portengen. (*Arch. de méd. nav.*, mars.)

Hoquet. — Etude sur le hoquet, par Symes. (*Dublin Journ. of med. sc.*, janv.)

Hydatide. — Hydatides du cerveau, par Stanley. (*Birmingham and Midland counties branch.*, 25 janv.) — Récidive d'un kyste hydatique de l'orbite deux ans après une première intervention, par Terson. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 janv., et *Ann. d'ocul.*, fév.) — Kyste hydatique du cœur, par Demantké. (*Soc. anat. Paris*, 22 fév.) — Kystes hydatiques multiples, foie et cœur, par Mayet. (*Ibid.*, 25 janv.) — Des kystes hydatiques du poumon,

par Behr. (*Thèse de Paris.*) — Des hydatides de la glande thyroïde, par A. Henle. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.) — Sur un cas de kystes à échinocoque du foie et du poumon droit, par Allora. (*Giorn. Accad. med. Torino*, 1, p. 37.) — De l'irruption de la bile dans les kystes hydatiques du foie, par Galliard. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 janv.) — Kyste hydatique du foie, dégénérescence gélatiniforme du contenu, par Mauclaire. (*Soc. anat. Paris*, 21 déc. 1894.) — Enucléation d'un kyste hydatique du foie, par Morgan. (*Lancet*, 9 fév.) — Kyste hydatique du rein droit, par Roussel. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Hydatide du bassin, incision périnéale et drainage, par Harrison. (*Royal med. Soc.*, 9 avril.)

Hygiène. — L'évolution de l'hygiène et l'histoire de la chaire d'hygiène de la Faculté, par Proust. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril.) — Vœu du congrès international d'hygiène de Budapest sur l'enseignement de l'hygiène. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 873.) — Traité d'hygiène, par Prausnitz. (In-8°, 473 p., *Munich.*) — Traité d'hygiène publique et privée, par J. Rochard. (In-8°, *Paris.*) — Manuel d'hygiène coloniale, guide de l'européen dans les pays chauds, par Navarre. (In-18, *Paris*) — Législation sanitaire, par Gapen. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 janv.) — L'assistance médicale gratuite, par Jammes. (*Thèse de Paris.*) — Organisation du service médical sur les chemins de fer de l'Etat hongrois, par L. v. Csatary. (*Hyg. Rundsch.*, IV, p. 18.) — Les besoins sanitaires de l'Inde, par Harvey. (*Lancet*, 19 janv.) — État médical et sanitaire en Égypte, par Greene-Pacha. (*Practitioner*, fév.) — De l'hygiène dans la marine marchande, par Mallet. (*Thèse de Paris.*) — L'hygiène à Toulon ; statistique hygiénique, 1874-93, par Cartier. (In-8°, 311 p., *Toulon.*) — Le Rhamadan au point de vue de l'hygiène, par A. Treille. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 836.) — Etat sanitaire des pêcheurs d'Astrakhan, par Aroustamoff. (*Ibid.*, XVI, p. 1118.) — Influence de la navigation prolongée dans les régions tropicales sur le développement physique et l'état général des matelots, par Bourtzeff. (*Ibid.*, XVII, 76.) — Dégénérescence de l'espèce humaine, ses causes principales, par Mazier. (*Thèse de Paris.*) — Physiologie de la bicyclette, par Chibret. (*Rev. scientif.*, 9 mars.) — La bicyclette cause d'affections cardiaques, par Herschell. (*Lancet*, 2 mars.) — La bicyclette et ses effets, par Richardson. (*London med. Soc.*, 14 janv.) — De l'usage de la bicyclette au point de vue professionnel médical, par Richardson. (*Med. Record*, 9 mars.) — La bicyclette pour les femmes au point de vue gynécologique, par Dickinson. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Escrime au point de vue médical, par Lecomte. (*Thèse de Paris.*) — L'école et les maladies épidémiques, par Palmberg. (*Finska läkar. handlingar*, XXXVII, 2.) — Quelques mots sur les « écoles » médicales, par D.-N. Zbankow. (*Vratch*, 19 janv.) — Sur l'influence des écoles populaires sur la santé des enfants, par N.-P. Wasilewski. (*Ibid.*, 12 janv.) — Réformes à entreprendre dans l'hygiène scolaire, par Kotelmann. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXVII, p. 268.) — La section d'hygiène scolaire au Congrès de Budapest, par Altschul. (*Ibid.*, XXVII, p. 264.) — Du surmenage intellectuel dans les écoles et de la nervosité, par Spitzer. (*Ibid.*, XXVII, p. 272.) — Sur les jeux scolaires, complément indispensable de l'enseignement de la gymnastique, par F.-A. Schmidt. (*Cent. f. allg. Gesund.*, XIII, et *Hyg. Rundsch.*, IV, p. 1131.) — Attributions et devoirs d'un médecin des écoles, par A. v. Wirenius. (*Zeit. f. Schulg.*, VII, et *Hyg. Rundsch.*, V, p. 212.) — Banc permettant aux écoliers de se tenir debout, par W. Gocke. (*Ibid.*, et *Ibid.*, V, p. 209.) — Le chauffage des écoles par des poêles au gaz, par Gustav Behnke. (*Hyg. Rundsch.*, V, p. 130.) — Insalubrité des écoles de Gennevilliers situées au voisinage des champs d'épan-

dage, par Léon Colin. (*Compte rendu au Conseil de salubrité Seine*, 3, p. 38.) — Du surmenage intellectuel dans les écoles et de la nervosité, par Gustave Lagneau. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — Les bains-douches scolaires à Genève, par O. du Mesnil. (*Ibid.*, mars.) — De l'éducation physique, par Albert v. Berzeviczy. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXVII, p. 266.)— *Idem*, par Burgerstein. (*Ibid.*, p. 267.) — L'éclairage artificiel, par Trousseau. (*France méd.*, 15 fév.) — Inconvénients du pavage en bois, par J. Olak. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 852.) — Pavage silencieux en serpentine briquée, par Nussbaum. (*Hyg. Rundsch.*, IV, p. 992.)—Habitations ouvrières, par T. Loche Worthington et E. Cacheux. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 862.) — Du chauffage central, par Emile Trélat et Galton. (*Ibid.*, XVI, p. 859 et 860.) —Des différentes espèces de chaleur au point de vue de l'hygiène; distinction entre la chaleur du soleil et celle du sol, par G. Cremonesi. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXVI, p. 653.)— Le chauffage des pièces d'habitation par le gaz d'éclairage au point de vue de l'hygiène et du rendement en calorique, par Benno Kohlmann. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 18.) — Des filtres au point de vue de la diffusion des maladies, par Cayley. (*Lancet*, 16 fév.) — L'acidité du pain au point de vue hygiénique, par K.-B. Lehmann. (*Arch. f. Hyg.*, XX, et *Hyg. Rundsch.*, IV, 18, p. 841.) — Recherche de l'abrastol dans les denrées alimentaires, par Bellier. (*Lyon méd.*, 24 fév.) — L'abattoir de Rome, par R. Blasius. (*Deut. Viertelj. f. off. Gesund.*, XXVI, p. 688.)— Rapport du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur le point du règlement général concernant l'hygiène des ateliers et la sécurité des ouvriers, par V. Vleminckx. (*Mouvem. hygién.*, X, 501 et 532.) — Sur les conditions des femmes et des enfants dans les fabriques russes, par Mlle Scheinziss. (*Thèse de Paris.*) — Influence de la durée des heures de travail sur l'état de santé physique, moral et intellectuel des ouvriers, par Jules Félix. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXII, 6, p. 557.) — Les barbiers et les coiffeurs au point de vue de l'hygiène, par H. Blaise. (*Ibid.*, XXXII, 229.) — Des accidents industriels du phosphore, par Magitot. (*Bull. Acad. de méd.*, 12 mars.) — Le travail des cornes et de la nacre au point de vue sanitaire, par Dombrowski. (*Rev. d'hyg.* XVII, 91.) — De la métallurgie du fer au point de vue sanitaire, par Sviatlowsky. (*Ibid.*, XVII, 90.) — Arrêté royal belge du 31 décembre 1894 réglementant la fabrication des composés de plomb. (*Mouvem. hygièn.*, XI, 1, 26.) — La construction d'une ligne de chemin de fer au point de vue médical et hygiénique des ouvriers des travaux, par Caster. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VIII, 334.) — Surveillance de la prostitution à Budapest, par Rozsaffy. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 18.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme dans ses rapports avec la jurisprudence criminelle, par Hudson. (*N.-York med. j.*, 26 janv.) — Hypnotisme et crime, par Howard. (*Ibid.*, 9 mars.) — L'hypnotisme, son emploi, ses dangers, par Cocke. (*Boston.*) — La mort par suggestion, par Stadelmann. (*Wiener med. Presse*, 27 janv.) — De la vésication par suggestion, par Alexander. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 fév.)

Hystérie. — L'hystérie est-elle seulement une maladie de la femme? par Edson. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Un cas d'hystérie mâle, par Abbamondi. (*Ann. di med. nav.*, I, 3.) — De l'état de la conscience et de la mémoire durant l'attaque convulsive d'hystérie vulgaire, par Kérest. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas d'hémianopsie hystérique, par Janet. (*Arch. de neurol.*, mai.) — De la diplopie monoculaire chez les hystériques, par Lagrange. (*Rec. d'opht.*, janv., et *Journ. méd. Bordeaux*, 6 janv.) — Un cas de surdi-mutité (hystérie), par Ransom. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — De

l'hystérie pleurale, par JEANSELME. (*Méd. moderne*, 30 mars.) — Des zones hystérogènes et des zones hystéroclasiques, par CLOZIER. (*Bull. méd.*, 16 janv.) — Anorexie nerveuse, mort, par STEPHENS. (*Lancet*, 5 janv.) — Cas mortel d'anorexie nerveuse, par MARSHALL. (*Ibid.*, 19 janv.) — De l'hémichorée arythmique hystérique, par AUCHÉ et CARRIÈRE. (*Arch. clin. Bordeaux*, fév.) — Eruption pemphigoïde gangreneuse d'origine hystérique, par GAUCHER et BARBE. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — D'une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie, par LEVI. (*Arch. de neurol.*, janv.) — L'hystérie simulant le tabes ou associée au tabes; diagnostic différentiel des troubles moteurs dans l'hystérie, le tabes et les névroses de la motilité, par HIGIER. (*Wiener klin. Woch.*, 3 janv.) — Un cas d'hystérie simulant l'épilepsie jacksonnienne, par PERSHING. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er janv.) — Hystérie secondaire syphilitique, par FOURNIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Observation de catalepsie avec silence prolongé alternant avec la verbosité, par WARNOCK. (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — Un cas d'hystérie ayant simulé l'agonie au cours d'une fièvre typhoïde, par RAUZIER. (*N. Montpellier méd.*, 1, p. 20.) — Syndrome utérin et manifestations hystériques, par MEURISSE. (*Thèse de Paris.*) — Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'hystérie, par VERRIER. (*France méd.*, 22 fév.)

I-K

Ichtyose. — De la forme atténuée de l'ichtyose sébacée, par CARINI. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXX, 1.) — Un cas d'exfoliation lamelleuse des nouveau-nés, ichtyose sébacée, par GRASS et TOROK. (*Ann. de dermat.*, VI, 2.)

Impétigo. — Un cas d'impétigo herpétiforme, par SCHULZE. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 1.) — Néphrite infectieuse consécutive à un impétigo larvalis, par ROUSSEL. (*Loire méd.*, 15 février.)

Infection. — Des maladies infectieuses en général, par CHARRIN. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril.) — De l'infection traumatique, par LOCKWOOD. (*Lancet*, 2 mars.) — Etude sur l'infection par les coccus pyogènes, par PETRUSCHKY. (*Zeit. f. Hyg.*, XVIII, 3.) — De l'alcalinité du sang et de l'infection, par V. FODOR. (*Cent. f. Bakter.*, XVII, 7.) — Un cas d'infection généralisée par le staphylocoque doré, par TUFFIER. (*Rev. de chir.*, mars.) — Des altérations histologiques du sympathique et des capsules surrénales dans les maladies infectieuses et les empoisonnements, par CAVAZZANI. (*Riv. veneta. sc. med.*, XXI.) — De la psicattose ou infection spéciale déterminée par des perruches, par MORANGE. (*Thèse de Paris.*) — De l'ataxie dans les pyrexies infectieuses et de son traitement, par LIÉGEOIS. (*Journ. des Pratic.*, 10, p. 153.)

Injection. — L'usage et l'abus des extraits animaux en médecine, par HUN. (*N.-York med. j.*, 12 janv.) — Les injections anti-microbiennes en général envisagées dans leurs rapports avec l'organisme, leur valeur thérapeutique, par JOLLY. (*Journ. de méd. Paris*, 10 mars.) — Des injections sous-conjonctivales de sublimé, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Therap. Monats*, mars.) — Sur

les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, par V. KERNIG. (*Vratch*, 5 janv.) — Sur les huiles grises pour injections hypodermiques, par VIGIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 avril.)

Insolation. — Sur le coup de chaleur, par COLIN. (*Bull. Acad. méd.*, 15 janv.)

Intestin. — Sur la genèse de l'épithélium intestinal, par DE ROUVILLE. (*Acad. des sc.*, 7 janv.) — Dyspepsie intestinale, par BUCHMAN. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 fév.) — De l'entéralgie, par HILLEGASS. (*Thèse de Paris.*) — L'entérite muco-membraneuse, par RICHARDIÈRE. (*Un. méd.*. 5 janv.) — Etiologie et pathogénie de la colite muco-membraneuse, par PICHEVIN. (*Journ. de méd. Paris*, 17 mars.) — L'entéro-colite muco-membraneuse, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Bull. méd.*, 27 mars.) — De la colite muco-membraneuse chez les utérins, par LETCHEFF. (*Thèse de Paris.*) — Complications nerveuses de l'entérite muco-membraneuse, par CAUTRU. (*Méd. moderne*, 12 janv.) — Sur l'entérite pseudo-membraneuse, par COYLE. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er fév.) — De la colite, par WHITE. (*Lancet*, 2 mars.) — La diète lactée dans les entérites graves de l'estomac, par THIN. (*Brit. med. j.*, 9 fév.) — Tanin dans l'entérite, par KNENKLER. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 13.) — Pathologie de l'appendice vermiforme, par BERRY. (*Journ. of path. and bact.*, III, 2.) — De l'appendicite, par MURPHY. (*Med. News*, 5 janv.) — Recherches sur l'appendicite, par RICHELOT. (*Un. méd.*, 12 janv.) — De l'appendicite, par WHITE. (*Lancet*, 16 fév.) — Les progrès dans la question de l'appendicite infectieuse, par MORRIS. (*N.-York med. j.*, 23 fév., p. 246.) — Appendicite, par SCHELL. (*Ibid.*, 20 avril.) — Appendicite, rupture dans la cavité abdominale, par BLACK. (*Ibid.*) — L'appendicite, par C. BAYER. (*Prager med. Woch.*, 6 et 7.) — Deux cas d'appendicite, par DELAUNAY. (*Soc. anat. Paris*, 11 janv.) — Trois cas d'appendicite à répétition avec résection à froid de l'appendice, par DAMAYE. (*Ibid.*, 18 janv.) — Étude sur l'appendicite folliculaire, par PILLIET et COSTES. (*Ibid.*) — Péri-appendicite suppurée, perforation, péritonite généralisée, par VANVERTS. (*Ibid.*, 22 fév.) — Sur la pérityphlite, par F. HUE. (*Normandie méd.*, 1er janv.) — De l'appendicite, par GAY. (*Boston med. Journ.*, 31 janv.) — Etude pathogénique et thérapeutique de l'appendicite ulcéro-perforante et de la péritonite localisée ou généralisée consécutive, par LOISON. (*Rev. de chir.*, janv.) — Suppuration péricæcale, symptômes cérébraux, par PATON. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX., p. 63.) — Série de cas de typhlite à rechutes traités par l'opération, par TREVES. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — Appendicite aiguë survenue après un curetage, par MONOD. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 17 mars.) — A propos du traitement médical des typhlo-appendicites, par DARDIGNAC. (*Ibid.*, 9 fév.) — Traitement chirurgical de l'appendicite à répétition, par DAMAYE. (*Thèse de Paris.*) — Technique de l'ablation de l'appendice, par BARKER. (*Brit. med. j.*, 20 avril.) — Traitement chirurgical de la pérityphlite, par SYMONDS. (*Hunterian Soc.*, 9 janv.) — Traitement chirurgical des appendicites, par ROUTIER (*Presse méd.*, 16 mars.) — Evolution singulière d'une adénopathie sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer duodénal, par LALESQUE. (*Mercredi méd.*, 13 fév.) — Epithéliome cylindrique du cæcum et de l'appendice simulant une appendicite à rechutes, par SOURDILLE. (*Soc. anat. Paris*, 21 déc. 1894.) — Gastro-entérostomie avec bouton de Murphy pour cancer du pylore, par DUVIVIER. (*Ibid.*, 5 avril.) — Sarcome encéphaloïde de l'S iliaque, par LÉVI. (*Ibid.*, 1er fév.) — Ablation d'une volumineuse tumeur du mésentère, résection de 43 pouces d'intestin, anastomose de Murphy, par CAUTHORN. (*Med. News*, 13 avril.) — Colique abdominale de date ancienne guérie par opération, par HOAR. (*Brit. med. j.*, 20 avril.) — Lésions

de l'intestin par coup de pied de cheval, drainage pelvien chez l'homme, par Frœlich. (*Mercredi méd.*, 13 mars.) — Des perforations aiguës de l'intestin grêle, par Letulle. (*Presse méd.*, 13 avril.) — Sur une méthode nouvelle d'oblitération des plaies de l'intestin, par Faure. (*Mercredi méd.*, 17 avril.) — Sur certaines formes latentes de perforations de l'intestin grêle avec péritonite consécutive, importance du diagnostic précoce, par Barbe. (*Th. de Paris.*) — Ulcère rond du duodénum, perforation, péritonite, mort, par A. Festal. (*J. méd. Bordeaux*, 3 fév.) — Imperforation et rétrécissement congénitaux de l'intestin grêle, par Ducros. (*Th. de Paris.*) — Sur les méthodes de désobstruction de l'intestin, par Stoker. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Nouveau procédé de fixation de l'S iliaque dans la colotomie inguinale, par Bidwell. (*Ibid.*, 6 avril.) — Etranglement par torsion du gros intestin avec une disposition spéciale du mésocôlon descendant, par Angelesco. (*Soc. anat. Paris*, 25 janv.) — De la colopexie antérieure dans le traitement de la procidence du gros intestin, par Bogdanik. (*Wiener med. Presse*, 24 mars.) — Recherches expérimentales sur quelques moyens pouvant servir à diminuer les dangers de la septicité dans les opérations sur le tube digestif, par Burci. (*Sperimentale*, p. 483, 1894.)—Restauration du conduit intestinal sans troubles mécaniques, par Davis. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Observation d'anastomose intestinale, par Lane. (*Lancet*, 4 mai.) — Analyse de cas opérés par l'anastomose avec le bouton de Murphy, par Murphy. (*Med. News*, 9 fév.) — Les anastomoses viscérales sans sutures à l'aide du bouton de Murphy, par Guillemain. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 avril.) — Note sur la suture des intestins, par Ullmann. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Technique de la suture intestinale, par Ullmann. (*Cent. f. Chir.*, 12 janv.) — De l'anastomose par le bouton de Murphy, par Wiener. (*Ibid.*, 26 janv.) — Technique de la résection intestinale et de l'anastomose, par Kœnig. (*Ibid.*) — Technique de la suture intestinale, par Landerer. (*Ibid.*, 30 mars.) — De la suture circulaire de l'intestin, par Bier. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.) — Les appareils à sutures, viroles de Denans, pointes de Bonnier, boutons de Murphy, par Amat. (*Arch. de méd. milit.* avril.) — Résection de l'intestin, anastomose par le bouton de Murphy, par Bush. (*Lancet*, 6 avril.) — Sur la gastro-entérostomie au moyen du bouton de Murphy, par Monod. (*Bull. Soc. de Chir.*, XX, p. 837.) — Anastomose intestinale après l'ablation de 30 pouces d'intestin, guérison, par Johns. (*Med. News*, 19 janv.) — Approximation intestinale, un cas de gastro-entérostomie et un d'anastomose bout à bout, par Lyman. (*Ibid.*, 2 mars.) — De l'entéro-anastomose dans les rétrécissements intestinaux, par Diet. (*Thèse de Paris.*) — Deux cas d'entérostomie avec bouton de Murphy, par Banks. (*Brit. med. j.*, 23 fév.) — Rétrécissement cancéreux du côlon transverse, anostomose par le bouton de Murphy, par Hamilton. (*Ibid.*, 23 fév.) — De la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy, par Duvivier. (*Thèse de Paris.*) — De l'iléorectostomie, par Wassilieff. (*Ibid.*)

Iris. — Vascularisation de la cristalloïde antérieure dans un cas d'irido-choroïdite chronique, par Darier. (*Ann. d'Ocul.*, janv.) — Irido-choroïdite septique consécutive à une hémorragie utérine, par Valude. (*Ibid.*) — Irido-choroïdite suppurée, guérison, par Zimmermann. (*Klin. Mon. f. Augenh.*, fév.)

Kystes. — Kystes épidermiques traumatiques, par Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 21 déc. 1894.) — Deux cas de kystes épidermiques des doigts, par Desfosses. (*Arch. de méd.*, janv.) — Kystes sébacés, leur traitement, par Gaulejac. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de kyste pré-thyroïdien, par Higgins. (*Med. Record*, 16 mars.) — Kystes séro-muqueux des ailes du nez, par Knapp. (*Zeit, f. Ohrenh.*, XXVI. 2 et 3.) — Kyste séreux sous-conjonc-

tival d'origine dermoïde, par Puech et Fromaget. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 février.) — Kyste chyleux du mésentère simulant une occlusion intestinale, mort, autopsie, par Reynier. (*Gaz. des hôp.*, 1er janv.) — Kyste de l'inion, par Walther. (*Presse méd.*, 5 avril.)

L

Lacrymales (Voies). — Recherches bactériologiques sur un cas de tumeur lacrymale à bacilles, par Mazet. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 10 mars.) — Sur l'empyème du sac lacrymal, étude bactériologique, par Mazet. (*Thèse de Paris.*) — Bactériologie clinique de l'appareil lacrymal, par Terson et Cuénod. (*Gaz. des hôp.*, 6 avril.) — Traitement chirurgical et emploi du sublimé dans la dacryocystite, par Lefèvre. (*Thèse de Paris.*) — Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales, par Amblard. (*Ibid.*) — Injections iodées dans les dacryocystites chroniques, par de Bono et Alaimo. (*Arch. di Ottalm.*, II, 6.) — Histoire d'une fistule lacrymale ancienne, par H. Armaignac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mars.) — Imperforation des points lacrymaux, par Lafite-Dupont. (*Ibid.*, 10 mars.) — Tuberculose de la glande lacrymale, par Baas. (*Arch. of Opht.*, XXIV, 1.) — De l'extirpation du sac lacrymal, par Tokuso Kimura. (*Thèse Zurich.*, 1893, et *Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er septembre 1894.)

Lait. — Sur le phosphate de chaux du lait, par Vaudin. (*Acad. des sc.*, 8 avril.) — Le lait de vache comme aliment, par Heubner et Biedert. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 833 et 834.) — L'examen du lait, par Leffmann. (*Med. News*, 2 fév.) — Action de sels métalliques sur la fermentation lactique, par Chassevant. (*Soc. de biol.*, 3 mars.) — La coagulation du lait, par Harris. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Sur la stérilisation du lait, par Cazeneuve. (*Lyon méd.*, 10 mars.) — Sur la stérilisation du lait et la fermentation lactique, par Cazeneuve. (*Ibid.*, 24 mars.) — Sur les laits stérilisés, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 4.) — Du lait de vache, de sa stérilisation et de l'alimentation infantile, par Biedert. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1894.) — Réponse de O. Heubner. (*Ibidem*, 26 nov. et 17 déc.) — Stérilisation du lait, par Carter. (*Lancet*, 20 avril.) — L'approvisionnement de lait, de New-York, méthode de stérilisation, par Lewi. (*N.-York med. j.*, 9 fév.) — Le mouillage du lait, son contrôle par l'examen du petit lait, par Lescœur. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.) — Lait concentré dangereux, par Leeds. (*Americ. j. of med. Sc.*, avril.) — Infection par le lait, par Niven. (*Lancet*, 19 janv.)

Langue. — De la glossite marginale érythémateuse des nourrissons, par Wertheimber. (*Münch. med. Woch.*, p, 928, 1894.) — De la papillite linguale, par Baratoux. (*Arch. lat. de Rinol.*, fév.) — Du lipome de la langue, par Vergely. (*Arch. clin. Bordeaux*, fév.) — Traitement opératoire de l'épithéliome des joues, de la langue et des lèvres, par W. Stokes. (*Dublin journ.*, 1er mars.)

Laparotomie. — De la préparation des malades avant la cœliotomie, par Chase. (*Americ. med. Bull.*, 15 mars.) — Hernie ventrale après la laparo-

tomie, par OVERTHUN. (*Thèse de Bonn*, 1894.) — Préservation des hernies après la laparotomie, par DURAND. (*N.-York med. j.*, 16 mars, p. 345.) — Méthode de suture de l'abdomen après la céliotomie, par WALDO. (*Ibid.*) — Des occlusions intestinales après les laparotomies, par ADENOT. (*Gaz. hebd. Paris*, 16 mars.) — De l'emphysème traumatique local après la laparotomie, par GRAEFE. (*Münch. med. Woch.*, p. 823, 1894.) — Fistule intestinale consécutive à la laparotomie, par FRANK. (*Med News*, 19 janv.) — Procédé de ligature du pédicule dans la chirurgie abdominale, par GRAVES. (*Med. News*, 12 janv.) — 4 cas de cœliotomie, par WATKINS. (*Med. Record*, 16 mars.) — 100 laparotomies, par ELDER. (*Lancet*, 2 mars.) — Laparotomie pendant la grossesse, par MURPHY. (*Ibid.*, 19 janv.)

Larynx. — La spécialisation des études laryngologiques, leurs rapports avec la médecine et la chirurgie générales, par BOTEY. (*Arch. lat. de Rinol.*, mars.) — Notions d'acoustique, introduction à l'étude de la phonation, par GUILLEMIN. (In-8e, *Paris.*) — Absence de l'épiglotte, par HUBBARD. (*N.-York med. j.*, 6 avril.) — Quelques affections rares du larynx et du pharynx par suite de grippe, par RÉTHI. (*Wiener klin. Woch.*, 29 nov. 1894.) — Cas de toux prolongée, par FERGUSON. (*Lancet*, 16 fév.) — Œdème du larynx et laryngite sous-muqueuse, par KUTTNER. (82 p., *Berlin.*) — Œdème aigu du larynx, trachéotomie, guérison, par WARTON. (*Med. News*, 20 avril.) — De l'herpès du larynx, par LAGAHUZÈRE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Kératose circonscrite du larynx, par CHIARI. (*Prager med. Woch.*, 3 janv.) — Adhérence des cordes vocales, par MORITZ. (*Manchester med. Soc.*, 6 mars.) — Complications laryngées dans la fièvre typhoïde, par BARAJAS. (*Rev. de med. y cir. prat.*, 22 mars 1894.) — Sclérome laryngien sous la forme de sclérose interaryténoïdienne, par BAUROWICZ. (*Wiener med. Woch.*, 2 fév.) — Laryngite syphilitique ancienne avec gomme du sommet du poumon, par WILKIN. (*Brit. laryng. Assoc.*, 11 janv.) — Laryngite tertiaire précoce par MENDEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 mars.) — Laryngite tuberculeuse, par MENDEL. (*Ann. de méd.*, 15 fév.) — Pathologie de la tuberculose laryngée, par LAKE. (*Americ. j. of med. Sc.*, avril.) — Tuberculose laryngée sous glottique, adénopathie cervicale, sténose glottique, intubation, par CLAUDE. (*Soc. anat. Paris*, 15 mars.) — Sur les polypes tuberculeux de cordes vocales, par PANZER. (*Wiener med. Woch.*, 12 janv.) — Tumeurs tuberculeuses du larynx, par CLARK. (*Americ. j. of med. Sc.*, mai.) — Monochlorophénol dans la laryngite tuberculeuse, par THOMPSON. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 janv.) — Traitement moderne de la laryngite et de la tuberculose pulmonaire, par van RUCK. — *Idem*, par GLEITZMANN. (*Med. Record*, 6 avril.) — Traitement de la tuberculose laryngée par l'injection sous-muqueuse de créosote, par CHAPPELL. (*N.-York med. j.*, 30 mars.) — Des troubles moteurs du larynx chez les hystériques, par TREUPEL. (*Iéna.*) — Aphonie hystérique, guérison par une pulvérisation phéniquée appuyant la suggestion impérative à l'état de veille, par GOUDARD. (*Ann. de psych.*, fév.) — Cas de diplophonie, par GRANT. (*Brit. laryng. Ass.*, 11 janv.) — Hémiplégie laryngée consécutive à des tumeurs du cerveau, papillome malin, par H. MACKENZIE. (*Journ. of laryng.*, avril.) — Sur un cas de paralysie laryngée tabétique, par MENDEL. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 1.) — De la paralysie récurrentielle unilatérale, par DIDSBURY. (*Ibid.*, VIII, 2.) — Paralysie bilatérale des abducteurs, par WHISTLER. (*Brit. laryng. Assoc.*, 11 janv.) — Paralysie de la corde vocale consécutive à un anévrisme cervical, par ONODI. (*Rev. de laryng.*, 1er avril.) — Sangsue dans le larynx, par PINELLI. (*Riforma med.*, 23 janv.) — Fracture du larynx, statistique de 30 cas, une observation personnelle, par HARRIS. (*Med. News*, 23 fév.) — Un cas de fracture du cartilage thyroïde; guérison sans trachéotomie, par

EMANSTA. (*Americ. Jour. med. Ass.*, 2 fév.) — Section u cou (suicide comprenant le larynx, suture, réunion primitive, par ARNISON. (*Lancet*, 2 fév.) — Prolapsus du ventricule laryngé, par JONES. (*Med. News*, 2 fév.) — Tumeur intra-laryngée, ablation par la thyrotomie, par Mackensie BOOTH. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Un cas d'adénome de la corde vocale droite, par CORRADI. (*Amn. mal. de l'Or.*, janv.) — Papillome récidivant, épithélioma, laryngofissue, par WOLFENDEN. (*Brit. laryng. Ass.*, 11 janv.) — Papillome du larynx, enfant de 12 ans, par HEATON. (*Midland med. Soc.*, 6 mars.) — Un cas de lymphangiome caverneux du ligament ary-épiglottique, par KOSCHIER. (*Wiener med. Blætter*, 7.) — Ablation du larynx, par MAUNOURY. (*Bull. Soc. de Chir.*, XX, p. 858.)

Lèpre. — Sur la toxicité de l'urine des lépreux tuberculeux, par CHATINIÈRE. (*Ann. de Dermat.*, VI, 3.) — Lèpre nerveuse avec poussée érythrodermique et troubles médullaires, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.) — Observation de lèpre, par SHŒMAKER. (*Med. News*, 30 mars.) — Un cas de lèpre, tumeur à la suite d'une piqûre par arête d'un poisson vivant, par ASHMEAD. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mars.) — Deux cas de lèpre chez des natifs de l'Ohio, par MC DOUGAL. (*Ibid.*, 2 fév.)

Leucémie. — Un cas de leucémie traumatique, par GRAZIANI. (*Riforma med.*, 6 mars.) — Un cas de maladie de Hodgkin, par NAMMACK. (*Med. Record*, 16 mars.) — Dyspepsie leucocythémique, composition anormale du suc gastrique qui contient une notable quantité de fer à l'état de peptonate de sesquioxyde, par POULET. (*Journ. de méd. Paris*, 31 mars.) — Coexistence de la leucocythémie vraie et d'un cancer épithélial, par LANNOIS et REGAUD. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.)

Lichen. — Du lichen ruber accuminé et du lichen ruber plan, par KAPOSI. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 1.) — Lichen plan avec hyperkératoses palmaires et plantaires, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.) — Lichen plan localisé aux plis articulaires, par GAUCHER. (*Ibid.*) — Traitement du lichen circonscrit par le chlorure de méthyle, par AUDRY. (*Mercredi méd.*, 16 janv.)

Lipome. — Des lipomes intra-tuberculaires, par MALENCON. (*Thèse de Paris.*) — Des lipomes périostiques du fémur d'origine congénitale, par WALTHER. (*Mercredi méd.*, 9 janv.)

Locomotion. — Morphologie physiologique de la marche de l'homme, par RICHER. (*Rev. gén. des sc.*, 15 avril.) — De la forme des cuisses pendant la marche, par RICHER. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — A propos d'un cas d'astasie-abasie symptomatique, par CÉNAS. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Quelques observations du trouble de la marche, dysbasies d'origine nerveuse, par HALLION et CHARCOT. (*Arch. de neurol.*, fév.) — Forme particulière, d'astasie oscillante, par SURMONT et BRUNELLE. (*Presse méd.*, 23 fév.)

Lupus. — Lupus télangiectode disséminé, par MAJOCCHI, (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mai 1894.) — Lupus ulcéreux et végétant avec déformations en groin de la face, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 mars.) — Sur la nature des lupus érythémateux, par BROCQ. (*Journ. des Prat.*, 8, p. 113.) — Sur le lupus érythémato-tuberculeux, par LACAVALERIE. (*Thèse de Paris.*) — Lymphangite tuberculeuse associée au lupus vulgaire, par PURDON. (*Brit. j. of Dermat.*, mars.) — Lupus érythémateux et tuberculose, par BROOKE. (*Ibid.*, mars.) — Lupus et épithélioma, par PONCET. (*Lyon

méd., 24 fév.) — De la guérison du lupus par la cantharide, par Liebreich. (*Therap. Monast.*, avril.) — De la cure radicale du lupus, par Krecke. (*Münch. med. Woch.*, p. 949, 1894.) — Traitement du lupus et des folliculites par les pommades fortes de bichlorure de mercure, par Audry. (*Mercredi méd.*, 16 janv.)

Luxation. — Luxation presternale habituelle de la clavicule guérie par une opération, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Luxation sus-épineuse de l'épaule, datant probablement de la naissance, par Lewis. (*Med. News*, 16 fév.) — Luxation congénitale de l'épaule en arrière, par Eve. (*London clin. Soc.*, 8 fév.) — Luxation irréductible du coude et de l'épaule, par Civel. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 159.) — Luxation du coude en arrière, irréductibilité primitive, arthrotomie, guérison, par Walther. (*Ibid.*, XX, p. 786.) — Sur la luxation traumatique du poignet, par Hecht. (*Münch. med. Woch.*, p. 632, 1894.) — Luxation complète des deux os iliaques avec déchirure du rectum, intervention immédiate, guérison, par Lambotte. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, mars.) — Des luxations congénitales de la hanche, par Trendelenburg. (*Deut. med. Woch.*, 10 janv.) — Traitement mécanique des luxations congénitales de la hanche, par Lorenz. (*Cent. f. Chir.*, 16 fév.) — De la réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche, par Lorenz. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 117.) — Luxation du fémur dans le trou sciatique, par Lloyd. (*Clin. Sketches*, fév.) — Un cas de luxation congénitale du genou avec absence totale de la rotule, par Krogius. (*Finska läkar. handl.*, XXXVII, 4.) — Luxation verticale de la rotule, par Goehlich. (*Cent. f. Chir.*, 5 janv.) — De la luxation métatarso-phalangienne du gros orteil, par Vignol. (*Journ. des Prat.*, 12 janv.) — De la luxation métatarso-phalangienne en haut du gros orteil, 7 cas, par Choux. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil en bas, par Amat. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 122.)

Lymphatique. — De l'origine des lymphatiques dans la peau de la grenouille, par Ranvier. (*Acad. des sc.*, 21 janv.) — Origine des vaisseaux lymphatiques, par Mouret. (*N. Montpellier méd.*, 7, p. 125.) — Remarques sur les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et leur anastomose avec ceux du rectum, pathogénie de la colite muco-membraneuse, par Morau. (*Journ. de méd. Paris*, 27 janv.) — Action du système nerveux sur les principaux canaux lymphatiques, par Camus et Gley. (*Acad. des sc.*, 1er avril.) — Sur l'innervation du canal thoracique, par Camus et Gley. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Sur le glycogène de la lymphe, par Dastre. (*Soc. de biol.*, 30 mars.) — Ligature du canal thoracique, présence de microbes dans le bout inférieur, tandis que le sang est aseptique, par Josué. (*Ibid.*, 12 janv.) — De la présence de microbes dans le chyle normal chez le chien, par Desoubry et Porcher. Note de Nocard. (*Ibid.*, 9 fév.) — Influence du sang asphyxique sur la contractilité du canal thoracique, par Camus et Gley. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Des adénites géniennes, par Albertin. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 4.) — Adénopathies tuberculeuses, par Poisson. (In-8, *Paris.*) — Un cas de lymphangite tuberculeuse, par Cahill. (*Brit. j. of dermat.*, janv.) — Traitement des adénopathies tuberculeuses et en particulier des adénopathies suppurées chez les enfants, par Manson. (*Thèse de Paris.*) — Lymphangite des deux membres supérieurs à marche subaiguë et rétrograde chez un homme ayant fait un long séjour au Tonkin, par Brault. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — De l'adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intra-ganglionnaires, par L'Hardy. (*Thèse de Paris.*) — Traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée, par Rullier. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Traitement des bubons,

par Laub. (*Wiener med. Woch.*, 9 fév.) — Lymphadénie splénique leucémique transformée en lymphadénie aleucémique, par Lion. (*Soc. de biol.*, 19 janv.) — Lymphadénie généralisée, rate, ganglions, intestin, etc., par Tapret et Macaigne. (*Soc. anat. Paris*, 8 mars.) — Lymphadénome généralisé du péritoine avec noyaux dans les plèvres et le péritoine, par Parmentier et Bensaude. (*Ibid.*, 29 mars.) — Lymphangiome de la peau, par Willett. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. III.) — Etiologie du lymphosarcome, par Mueller. (*Thèse de Zurich*, 1894.)

M

Main. — Deux cas de polydactylie avec syndactylie, par Demme. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 nov. 1894.)

Mal de mer. — Du mal de mer, par d'Ailhaud Castelet. (*Thèse de Paris.*) — Chlorobrome dans le mal de mer, par Dale. (*Lancet*, 12 janv.)

Mal de montagne. — Le mal de montagne, par Rabot. (*Rev. scientif.*, 16 fév.) — Le mal de montagne, par Kronecker. (*Ibid.*, 26 janv.)

Malformation. — Association de malformations cardiaques et d'autres difformités, par Garrod. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 53.) — Absence congénitale des pectoraux, par Bowman. (*Ibid.*, XXX, p. 125.)

Mamelle. — De l'influence du système nerveux sur le fonctionnement des glandes mammaires, par Mironow. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 4.) — Etude expérimentale et anatomique des inflammations chroniques de la mamelle, par Gaudier et Surmont. (*Soc. de biol.*, 2 fév.) — Sur la bactériologie du lait, par Charrin. (*Ibid.*) — De la mastite traumatique chez l'homme, par Huguet et Péraire. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 janv.) — Les tumeurs fugitives de la mamelle chez la femme, par Snow. (*Americ. j. of med. Sc.*, mars.) — Un cas d'hypertrophie des glandes mammaires, par John Hamilton. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mars.) — Epithélioma dendritique du sein gauche, envahissement des ganglions axillaires, amputation du sein, guérison, par Faguet. (*Méd. mod.*, 6 avril.) — Maladie osseuse de Paget chez un jeune sujet de dix-sept ans, par Blanc. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Du sarcome du sein, par Clarke. (*London path. Soc.*, 2 avril.) — De l'ablation des tumeurs du sein chez les jeunes femmes, par Currier. (*Americ. med. Bull.*, 1er avril.) — Technique opératoire des cancers de la mamelle, par Powers. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mars.) — Les résultats des opérations pour le cancer du sein à John Hopkins Hospital, par Halstedt. (*Annal. of surg.*, nov. 1894.) — Quelques cas rares de chirurgie du sein, par Gould. (*Practitioner*, avril.)

Maladies professionnelles. — Paralysie des garçons de restaurant, par Runge. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.)

Massage. — Action du massage sur la sécrétion des glandes, par Colombo.

(*Soc. de biol.*, 19 janv.) — Massage pelvien en gynécologie, par Rumpf. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes, par Mlle Peltier. (*Thèse de Paris.*) — Sur le massage en gynécologie, procédé de Thure Brandt, par Ziegenspeck. (In-8° 170 p., *Berlin.*) — Le massage gynécologique dans le traitement des adhérences péri-génitales, par Hugon. (*Rev. clin. d'androl.*, 13 avril.) — Accidents causés par le massage gynécologique, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 52.)

Maxillaire. — Structure du maxillaire inférieur, position du canal dentaire inférieur, par Fawcett. (*Journ. of anat.*, avril.) — Empyème du sinus maxillaire simulant le coryza caséeux, par Strazza. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 2.) — Des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires, par Salva. (*Thèse de Paris.*) — Deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore, par Coakley. (*N.-York med. j.*, 23 mars, p. 377.) — Phlegmon orbitaire suite d'empyème de l'antre d'Highmore, par Merz. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, fév.) — Sur la chirurgie du sinus maxillaire et ses progrès depuis dix ans, par Raugé. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Empyème du sinus maxillaire compliqué d'ostéo-périostite orbitaire, par Panas. (*Bull. Acad. de méd.*, 12 mars.) — Kystes dentaires du maxillaire, par Jay. (*Med. News*, 6 avril.) — Des kystes multiloculaires du maxillaire, par Zoeppritz. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII.) — Kyste dentaire de la mâchoire inférieure, par Montaz. (*Dauphiné méd.*, 1er fév.) — Nécrose de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, par Bobone. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 4.) — Carcinome de l'antre d'Highmore, par Cleveland. (*Med. News*, 9 mars.) — Sarcome mélanique du maxillaire inférieur, par Levi. (*Soc. anat. Paris*, 15 mars.) — Résection du maxillaire inférieur et prothèse immédiate, par Albertin. (*Lyon méd.*, 18 mars.) — De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire, par de Marion. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 1.)

Médecine (histoire.) — Une page de l'histoire de la médecine navale, Amédée Lefèvre, 1798-1869; la colique sèche et les médecins de la marine, par Merleau-Ponty. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un médecin lorrain au siècle dernier, Félia Poma, par Bardy. (*Bull. méd. Vosges*, janv.) — Notes médico-chirurgicales sur les travaux d'Hippocrate et de Galien, par Anderson. (*Med. News*, 2 mars.) — Etat mental de Lord Byron, par Mingazzini. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Ignace Semmeluris, le créateur de la doctrine infectieuse de la fièvre puerpérale et l'initiateur du traitement antiseptique des plaies, par Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — La vie et les travaux de Percival Pott, par Horder. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, 163.) — Hunter biologiste, par Hulke. (*Brit. med. j.*, 23 fév.) — Charcot, par Debove. (*Méd. moderne*, 6 mars.) — La prophylaxie publique des maladies contagieuses à Lyon au moyen âge. (*Lyon méd.*, 3 fév.) — Le service médical à l'Exposition universelle de Chicago, par Owens. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mars.)

Médecine légale. — Guide de médecine légale, par K.-J. Seydel. (*Berlin.*) — Droits et devoirs des médecins dans les expertises médico-légales, par Kerr. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 12 janv.) — Des amnésies et en particulier de l'amnésie temporaire à la suite des tentatives de suicide par pendaison, par Favre. (*Thèse de Bordeaux.*) — Le droit de l'enfant à sa mère, par Petit. (*Thèse de Paris.*) — Des relations des maladies, du crime et du vice, par W.-O. Henry. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mars.) — Alcoolisme et imbécillité ; étude médico-légale, par Crothers. (*Ibid.*, 23 fév.) — De la

mort subite par congestion pulmonaire dans certaines affections des organes abdominaux, par COUTAGNE. (*Lyon méd.*, 10 fév.) — De la docimasie hémo-pneumo-hépatique, par BORRI. (*Sperimentale*, XLIX, 7.) — L'estomac témoin dans les cas de mort par assassinat, par LIEBMANN. (*Boston med. journ.*, 28 fév.) — Notes sur quelques cas de maladies nerveuses et mentales relativement aux questions médico-légales, par ROSSE. (*Ibid.*, 21 fév.) — Etude médico-légale du viol, par ANTHONY. (*Ibid.*, 10 janv.) — Quelques observations relatives à l'examen et aux enquêtes médico-légales dans les cas de mort violente, par DAWES. (*Americ. med. Bull.*, 1er avril.) — Outrage public à la pudeur (affaire du Dr N... atteint d'inversion sexuelle), par MOTET. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXII, p. 268.) — Rapport médico-légal sur un cas d'atrophie musculaire progressive consécutif à des mauvais traitements, par ZIEHEN. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, VIII, p. 286.) — Rapport médico-légal sur un cas de folie traumatique chez un garçon de dix-huit ans, par L. VAN'T HOFF. (*Ibid.*, p. 311.) — Etude médico-légale des infections traumatiques, par Paul DITTRICH. (*Ibid.*) — Valeur médico-légale limitée de la constatation d'arsenic en cas d'exhumations, par Paul DITTRICH. (*Ibid.*, p. 212.)

Médecine militaire. — Statistique médicale de l'armée pour 1892, par CATRIN. (*Arch. de méd. mil.*, mai.) — Etat sanitaire de l'armée autrichienne, 1889-91, par ANTONY. (*Ibid.*, avril.) — Matériel de médecine militaire en temps de paix et de guerre, par MAJEWSKI. (*Wiener med. Presse*, 6 janv.) — Rôle de la médecine dans l'expédition de Madagascar, par BORDIER. (*Bull. méd.*, 16 janv.) — Le corps de santé de la marine des U. S. A., par HORNER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mars.) — Une année au Laos, Siam, par DE SCHUTTELAERE. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — Sur la fréquence des néphrites dans l'armée, par FAMECHON. (*Ibid.*, janv.) — La rougeole dans l'armée italienne et dans la division de Tunis, par OSTINO. (*Giorn. esercita e marina*, 2, p. 162.) — La fièvre typhoïde dans l'armée, par NOEL. (*Bull. méd.* 6 mars.) — Sainte-Marie de Madagascar et ses matelots malgaches, par BARTHÉLEMY. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Société de l'hôpital Saint-Jean en Angleterre, par BONAIN. (*Ibid.*) — Transport et transmission des blessés maritimes, par AUFFRET. (*Ibid.*, fév.) — Description d'un cadre suspendu pour le transport des malades aux colonies, par HÉBRARD. (*Ibid.*) — Service des blessés pendant le combat, par FONTORBE. (*Ibid.*, avril.) — Quelques observations de blessures par les armes de petit calibre, par MARCHADOUR. (*Ibid.*, janv.) — Etude chirurgicale des fusils à petit calibre, par STEVENSON. (*Lancet*, 9 mars.) — Sur les effets des différents projectiles de petit calibre, par NIMIER. (*Arc. de méd. mil.*, mars.) — Les brancards à roues de Jacoby, par ANTONY. (*Ibid.*) — Les exercices d'improvisations médico-chirurgicales dans l'armée bavaroise, par ECOT. (*Ibid.*) — Observations de plaies par coups de sabre, par HUDSON et GORDON. (*Brit. med.*, 5 janv.) — Organisation des premiers secours sur le champ de bataille, par HUBERT. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 864.) — La viande dans l'alimentation du soldat, par DE NANSOUTY. (*Rev. scient.*, 5 janv.)

Méninge. — Sur un signe constant de méningite au début, par SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 28 fév.) — De la méningite par le bacille d'Eberth, par LEVILLAIN. (*Thèse de Paris.*) — Diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, par SCHERER. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 13 et 14.) — Pachyméningite cervicale hypertrophique, par DE RENZI. (*Riforma méd.*, 26 janv.) — Dix cas mortels de méningite cérébro-spinale idiopathique aiguë, par ORMEROD. (*Lancet*, 23 mars.) — Méningite cérébro-spinale épidémique, guérison, par BARLOW. (*N.-York med. j.*, 5 janv.) — Emploi des bains chauds

dans deux cas de méningite cérébro-spinale, par Woroschilsky. (*Therap. Monats.*, fév.) — Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse, par Bernard. (*Thèse de Paris.*) — Traitement chirurgical des hémorragies méningées, par Lanphear. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 23 mars.) — Méningocèle traumatique, opération, guérison, par Lilienthal. (*Americ. j. med. sc.*, mars.) — Du fongus de la dure-mère, par Jesionck. (*Münch. med. Abhandl.*, VIII, 6.) — Cylindro-endothéliome de la dure-mère, symptômes localisés et atrophie musculaire précoce, par Bremer. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.)

Menstruation. — Menstruation prématurée exceptionnelle, par Peeple. (*N.-York med. j.*, 30 mars.) — Streptocoque et menstruation, par Petit. (*Gaz. hebd. Paris*, 2 fév.)

Moelle. — Le faisceau longitudinal postérieur, par van Gehuchten. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 2.) — Conformation histologique de la moelle, par Krauss. (*Jour. of nerv. dis.*, janv.) — Anatomie et physiologie du système nerveux central, de la substance grise dans la moelle lombaire, par Muenzer et Wiener. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3.) — La substance blanche de la moelle épinière, par Gilis. (*N. Montpellier méd.*, 15.) — Les neurones dans la substance grise de la moelle épinière, par P. Gilis. (*Ibid.*, 11.) — Etat actuel de nos connaissances sur la systématisation des cordons postérieurs de la moelle, par Gombault et Philippe. (*Semaine méd.*, 17 avril.) — Etat des réflexes dans la section totale de la moelle, par Reynolds. (*Brain*, nº 69.) — Etude des réflexes dans les divisions transversales de la moelle, par Gerhardt. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 1 et 2.) — Des hétéropies de la moelle, par Heiden (*Münch. med. Abhandl.*, I, 18.) — Un cas de persistance des réflexes malgré l'atrophie complète de la moelle thoracique par une tumeur, par Gerhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Des phénomènes bulbaires dans la syringomyélie, par Lamacq. (*Rev. de méd.*, avril.) — Un cas de syringomyélie avec signe d'Argyll Robertson, par Levi et Sauvineau. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Syringomyélie avec atrophie uni-latérale, par Bochroch. (*Med. News*, 20 avril.) — Un cas de maladie de Morvan, syringomyélie, par Carl Mueller. (*Deut. med. Woch.*, 28 mars.) — Un cas de syringomyélie, par Becker. (*Berlin. klin. Woch.*. 3 sept. 1894.) — Hémiatrophie de la face avec phénomènes oculo-pupillaires dans un cas de syringomyélie unilatérale, par Dejerine et Mirallié. (*Soc. de biol.*, 9 mars.) — Quelques points du diagnostic de la sclérose insulaire, par Buzzard. (*Lancet*, 12 janv.) — Coexistence d'une sclérose latérale amyotrophique avec une porencéphalie, par Rauzier. (*N. Montpellier*, 1, p. 22.) — Sclérose latérale amyotrophique, paralysie bulbaire et dégénérescence des cordons de Goll, par Hektoen. (*Journ. of nerv. dis.*, mars.) — Sclérose latérale amyotrophique avec dégénérescence du cordon moteur de l'écorce à la périphérie, par Mott. (*Brain*, nº 69.) — Gliose rapide de la moelle, par Holt et Herter. (*Americ. j. of med. Sc.*, avril.) — Un schéma anatomique pour l'étude des affections combinées systématiques, par Jakob. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 1 et 2.) — De la paralysie spinale, par Sanger Brown. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 16 fév.) — Dégénération ascendante de la moelle, destruction par compression lente de la queue de cheval et du cône terminal, par Souques et Marinesco. (*Presse méd.*, 2 mars.) — La notion étiologique de l'hérédo-syphilis dans la maladie de Little, par Fournier et Gilles de la Tourette. (*Nouv. iconog. de la Salpêt.*, VIII, 1.) — De l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry, par Œttinger et Marinesco. (*Semaine méd.*, 30 janv.) — Etiologie et pathogénie du tabes, par

Borgherini. (*Klin. med. Streitfagen*, VIII, 9 et 10.) — Le syndrome tabes spasmodique à propos de deux cas familiaux de paraplégie spasmodique infantile, par Raymond. (*Bull. méd.*, 6 fév.) — Etat du cervelet dans le tabes, par Jellinck. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 3 et 4.) — Mélanges neurologiques, n° 3, étude du tabes, par Mœbius. (154 p., *Leipzig.*) — Le traumatisme comme cause d'ataxie, par Prince. (*Journ. of nerv. dis.*, fév.) — Le cœur des tabétiques, lésions cardio-aortiques et angine de poitrine, par Nordmann. (*Thèse de Paris.*) — Maladie de Friedreich et hérédo-ataxie cérébelleuse, par Oulmont et Ramond. (*Mercredi méd.*, 26 fév.) — Tabes dorsal avec nécrose du maxillaire, par Kalischer. (*Deut. med. Woch.*, 9 mai.) — Lésions trophiques des mâchoires dans le tabes, par Newmark. (*Med. News*, 26 janv.) — Tabes arrêté par la cécité, par Déjerine. (*Méd. moderne*, 20 mars.) — Les arthropathies de l'ataxie, par Syms. (*N.-York med. j.*, 19 janv.) — Chirurgie opératoire du système nerveux, tome II, chirurgie de la moelle et des nerfs, par Chipault. (In-8°, 804 p. avec 432 fig., *Paris.*) — Effets éloignés des lésions spinales chez les mineurs, par Griffiths. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Hémi-anesthésie et hémi-paraplégie croisées (syndrome de Brown-Séquard) suite de commotion médullaire, par Reynès. (*Gaz. des hôp.*, 26 mars.) — — De la compression totale de la moelle dorsale, par Egger. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVII, 1.) — Ecrasement de la moelle par diastasis des vertèbres cervicales, par Boppe. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 100.) — Des plaies de la moelle par instruments piquants, par Enderlen. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 3 et 4.)

Molluscum. — Observations de molluscum fibreux, par Green. (*Lancet*, 20 avril.)

Monstre. — Un pygopage humain, par Marchand. (*Zeigler's Beiträge z. path. Anat.*, XVII, p. 1.) — Monstre pseudo-encéphalien par de Montigny. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IV, 1.) — Le système nerveux d'un fœtus anencéphale, par Bulloch. (*Jour. of Anat.*, janv.) — De la malformation dite en sirène, par Teacher et Coats. (*Journ. of path. and bact.*, III, 2.) — Deux cas de phocomélie avec ectrodactylie chez le frère et la sœur, par Louis Sentex. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept. 1894.) — Les monstres par défaut et les monstres par excès de fécondation, par Duval, (*Ann. de gynéc.*, fév.) — Développement anormal de l'abdomen, éventration, cyllosome, par Hirst. (*Med. News*, 23 fév.)

Mortalité. — De la mortalité infantile, par Arthur Allbutt. (*Deutsche Viertelj. f. off. Gesund.*, XXVI, p. 651.)

Morve. — Morve guérie, par Garstang. (*Lancet*, 16 mars.) — Inoculations avec la malléine, par Suchanka. (*Monats. f. prakt. Thierheilk.*, V, 11.) — De la valeur diagnostique de la malléine, par Hutyra et Preisz. (*Deut. Zeit. f. Thiermed.*, XX, 5 et 6.) — De la réaction par la malléine, par Preusse. (*Berlin. thierarzt. Woch.*, 51, 1894.)

Muguet. — Contribution à la connaissance du muguet, par Heller. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 123.)

Muqueuse. — De la suture des muqueuses, par Podres. (*Cent. f. Chir.*, 13 avril.)

Muscle. — Histologie des muscles triés, par Schaffer. (*Sitz. Kais. Akad., Wien.*, CII.) — Etude du muscle grand dentelé, par Barreiro. (*Thèse de Paris.*) — Muscles ilio-rotuliens surnuméraires, par Morestin. (*Soc. anat.*

Paris, 25 janv.) — L'extensibilité des muscles, par Brodie. (*Journ. of anat.*, avril.) — Sur les différences fonctionnelles entre un muscle normal et un muscle énervé, par N. Wedenski. (*Vratch*, 2 fév.) — Du mode d'action des muscles antagonistes dans les mouvements très rapides, alternativement de sens inverse, par Richer. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Sur le phénomène du diaphragme, par Litten. (*Wiener med. Woch.*, 16 mars.)— Contribution à l'étude de la physiologie de la contracture, par Benedikt. (*Ibid.*, 16 mars.) — Etude sur la pathologie des muscles, par Schultze. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 1 et 2.) — Paramyoclonus multiple, par Cognetti. (*Ann. di med. nav.*, 1.) — Un cas de maladie de Thomsen suivi d'autopsie, par Dejerine et Sottas. (*Rev. de méd.*, mars.) — Des myoclonies, par Raymond. (*Semaine méd.*, 20 mars.) — Traitement du lumbago par la faradisation, par Bonnefin. (*Rev. d'hyg. thér.*, fév.) — Induration hyperplasique du sterno-mastoïdien, par Benedict. (*Med. News*, avril.) — Myopathie à type Landouzy-Dejerine, par Boinet et Delahaye. (*Marseille méd.*, 16 fév.) — Observations de myosite ossifiante, par Paget. (*Lancet*, 9 fév.) — Un cas de myopathie primitive progressive, par Haushalter. (*Rev. de méd.*, avril.) — Un cas de dermatomyosite chronique avec atrophie musculaire chez une enfant de 3 ans, par Schultze. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 3 et 4.) — Des myosites infectieuses, par Boisson et Simonin. (*Arch. de méd. mil.*, fév.) — Un cas de dégénérescence musculaire traumatique circonscrite, par Schnitzler. (*Cent. f. Chir.*, 9 mars.) — Atrophies tertiaires d'origine centripète, par Marinesco. (*Soc. de biol.*, 30 mars.) — D'un symptôme complexe de l'imbécillité congénitale avec atrophie musculaire, par J. Hoffmann. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 1 et 2.) — Un cas d'atrophie musculaire à type scapulaire, par Severi. (*Gaz. d. Osped.*, 16.) — Deux cas d'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne par poliomyélite chronique suivis d'autopsie, par Dejerine. (*Soc. de biol.*, 16 mars.)— Rupture de la longue portion du biceps brachial droit, suture musculaire, résection du tendon, guérison, par Bazy. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 156.) — Hernie musculaire vraie de l'extenseur commun des doigts, cure radicale, par André. (*Arch. de méd. mil.*, avril.) — Ostéome du vaste externe ne présentant aucun rapport avec le périoste ni avec l'os, par Oriou (*Ibid.*, fév.) — 2 cas d'ostéome du moyen adducteur, par Tricot. (*Ibid.*, avril.) — Kyste intra-musculaire par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 15 fév.)—Hernie musculaire, par Morestin. (*Ibid.*)—Sarcome primitif des muscles, par Chambe. (*Thèse de Paris.*)

Mycosis. — Un cas de mycosis fongoïde, par Hutchinson. (*Brit. j. of dermat.*, mars.) — Mycosis fongoïde, par Leredde. (*Soc. franç. dermat.*, 14 mars.)

Myopie. — Les causes de la myopie, par Trousseau. (*Méd. mod.*, 16 mars.) — Des avantages de l'usage des verres convexes pour la vision éloignée chez les myopes, par de Wecker et Masselon. (*Ann. d'ocul.*, fév.)

Myxœdème. — Myxœdème chez une paysanne, par Becker. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Myxœdème et ses rapports avec la maladie de Graves, par Gowan. (*Lancet*, 23 fév.) — Modifications de la quantité relative d'oxyhémoglobine contenue dans le sang des myxœdémateux, par Masoin. (*Soc. de biol.*, 2 fév. et 23 mars.) — Un cas de myxœdème traité par le suc thyroïdien, par Abrahams. (*Med. Record*, 6 avril.) — Myxœdème congénital au début du traitement thyroïdien, par E. Régis. (*Journ. méd. Bordeaux*, 13 janv.) — Note sur un cas de myxœdème amélioré par des injections d'extrait de corps typhoïde, par E. Houel. (*N. Montpellier*

méd., 14.) — Myxœdème traité par l'extrait thyroïdien, par Ferrier, (*Clinical Sketches*, fév.) — Myxœdème traité par l'extrait thyroïdien, par Elder. (*Brit. med. j.*, 30 mars.) — Un nouveau cas d'idiotie myxœdémateuse traité par la méthode thyroïdienne, par Oddo. (*Médecine infantile*, 15 janv. et *Marseille méd.*, 1er avril.) — 3 cas de myxœdème guéri, par Mendel. (*Deut. med. Woch.*, 14 fév.)

N

Nævus. — Ablation des tatouages par les piqûres serrées au chlorure de zinc, application de la méthode aux nævus, par Brault. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Traitement des nævus par l'électrolyse, par Jones. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 205.)

Nerf. — La distribution asymétrique des nerfs craniens des poissons, par Collinge. (*Journ. of Anat.*, avril.) — Des nerfs vaso-moteurs des veines, par Ranvier. (*Acad. des sc.*, 7 janv.) — Terminaison rare du sympathique sacré, par Fawcett. (*Journ. of Anat.*, janv.) — Anomalie de la corde du tympan, par Lake. (*Lancet*, 5 janv.) — Nerfs de l'appareil sphinctérien de l'anus, par Hartmann et Caboche. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.) — La longueur du nerf parcourue par un courant influe-t-elle sur le degré de l'excitation, par Charpentier. (*Soc. de biol.*, 4 mai.) — Survie prolongée du chien après section des deux pneumogastriques, par Herzen. (*Arch. des sc. phys. et natur. de Genève*, nov. 1894, et *Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 521 et 690.) — Altération de la sensibilité tactile et thermique par lésion du nerf radial, par Cavazzani et Manca. (*Riforma med.*, 8 mars.) — Sur les troubles de la sensibilité électro-musculaire dans les lésions des nerfs mixtes, par Müller. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 550.) — De la dégénérescence des fibres nerveuses périphériques séparées des centres, par Stefani. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.) — Des dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux, par Klippel et Durante. (*Rev. de méd.*, janv.) — Névrite brachiale disséminée par élongation, par Cénas. (*Loire méd.*, 15 fév.) — La sciatique, étude des scolioses homologues et attenantes, des troubles de la sensibilité et des réactions électriques, par Phulpin. (*Thèse de Paris.*) — Monoplégie brachiale, compression hémorragique du plexus, par F. Raymond. (*Presse méd.*, 16 fév.) — Paralysie isolée du trijumeau, des fibres nutritives de la corde du tympan et des troubles trophiques, par Schmidt. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VI, 5 et 6.) — Contracture du coude et des doigts par compression du nerf médian par tissu cicatriciel, par Tubby. (*Lancet*, 4 mai.) — De la névralgie du moignon, par Bournhonet. (*Thèse de Paris.*) — Cas de névralgie sciatique, par Brossard. (*France méd.*, 22 fév.) — Délire hallucinatoire, astasie et autres troubles cérébraux dans les névralgies du trijumeau, par Léop. Laquer. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Sur le traitement des névralgies et névroses par l'extension manuelle selon Otto Nägeli, par Amman. (*Münch. med. Woch.*, 35, 1894.) — Sur la compression forcée dans le traitement des accidents névritiques d'origine traumatique inflammatoire, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 1er janv.) — Indications chirurgicales dans la névralgie du trijumeau, par Clark. (*N.-York med. j.*, 20 avril.) — Elon-

gation des nerfs dans les névrites traumatiques, par Mouchet. (*Bull. méd.*, 16 janv.) — Résection (avec succès) intra-cranienne des deuxième et troisième branches du trijumeau, par Rapa. (*Morgagni*, janv.). — Suture du nerf médian après section complète, par F. Hue. (*Normandie méd.*, fév.) — Suture du nerf cubital, par Cerné. (*Ibid.*, 1er fév.) — Suture du nerf médian et de quatre tendons dans un foyer phlegmoneux du poignet, résultats un an après, par Cahier. (*Bull. soc. de Chir.*, XX, p. 856.) — Suture du nerf radial, par Gallaudet. (*N.-York Acad. of med.*, 11 mars.) — Fibrome du plexus brachial, par Erdman. (*Ibid.*) — Nerfs et terminaisons nerveuses des condylomes aigus, par Vollmer. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 3.) — Névrome plexiforme de la partie inférieure de la jambe avec malformation et pigmentation de la peau, ablation, par Adenot. (*Lyon méd.*, 24 mars.)

Nerveux (Syst.) — Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux chez l'homme et chez les vertébrés, par Ramon y Cajal, traduit par Azoulay. (In-8°, Paris.) — Recherches expérimentales sur les cordons afférents du système nerveux central chez le singe, par Mott. (*Brain*, n° 69.) — Nouveau procédé d'examen du système nerveux central, destiné surtout à fixer l'emplacement des cellules nerveuses, par Nissl. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Le neurone ou l'unité nerveuse anatomique, par Gilis. (*N. Montpellier méd.*, 3 et 4, p. 55 et 65.) — Développement défectueux du système nerveux central chez un chat, par Russell. (*Brain*, n° 69.) — Sur le fonctionnement du système nerveux par Morin. (*Soc. de biol.*, 3 mars.) — Les hypothèses sur la physiologie du système nerveux, par Laborde. (*Ibid.*, 23 fév.) — Hypothèses sur la physiologie des centres nerveux, théorie histologique du sommeil, par Duval. (*Ibid.*, 2 fév.) — Rapports des processus infectieux avec les maladies du système nerveux, par Putnam. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Doigts morts depuis quatre ans et demi, par Stanley. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.) — Vitesse de la conductibilité sensitive dans le sciatique et dans la moelle chez l'homme sain et l'ataxique, par Grigorescu et Constantinescu. (*Soc. de biol.*, 30 mars.) — Céphalasthénie, symptômes bulbaires, corrélation de sympathie entre divers accidents gastriques, cardiaques et céphaliques, par Deffernez. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 3.) — Palmus, tic convulsif, par Carter Gray. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Sur le mode d'action des poisons nerveux, par Morat. (*Soc. de biol.*, 16 fév.) — De l'efficacité du traitement dans les formes graves des maladies nerveuses, par Collins. (*Americ. Med. Surg. journ.*, 1er janv.) — Gymnastique et massage dans le traitement des maladies nerveuses, par Sandblom. (*N.-York med. j.*, 12 janv.) — Emploi de l'or dans deux cas de maladie nerveuse, par Wade. (*Journ. of nerv. dis.*, fév.)

Névrose. — Neurasthénie et hémorragies des muqueuses, par Mesnard. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 25 nov. 1894.) — Notes sur les névroses génitales réflexes chez la femme, par Grandin. (*Americ. med. Bull.*, 1er avril.) — Sur la névrose traumatique, par Alt. (*Wiener med. Woch.*, 2 fév.) — Un cas d'agoraphobie, par Taylor. (*N.-York med. j.*, 30 mars.) — Névropathies et injections de sérum artificiel, par Gingeot. (*Journ. des prat.*, 12 janv.) — De la cure de la neurasthénie par la thermothérapie, par Ransom. (*Med. Record*, 23 mars.) — Le traitement des céphalées, par Liégeois. (*Journ. des pratic.*, 6, p. 86.)

Nez. — L'organe de Jacobson, par Garnault. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — Physiologie et anatomie du nez, par Scheff. (*Wiener med. Presse*, 3 mars.) — Atlas d'histo-pathologie du nez, de la gorge et du larynx, par Seifert et

Kahn. (*Wiesbade.*) — Maladies du nez, de la gorge et du larynx, par Flatau. (430 p., *Leipzig.*) — Mécanisme vasculaire de la muqueuse nasale, ses rapports avec certains états pathologiques, par Wright. (*Americ. j. of med. sc.*, mai.) — Examen de crânes montrant les effets du crétinisme sur la forme des fosses nasales, par Allen. (*N.-York med. j.*, 2 fév.) — Du parasigmatisme nasal, par Treitel. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Hydrorrée nasale, par Rueda. (*Arch. lat. de rinol.*, mars.) — De la malformation du maxillaire supérieur dans la respiration nasale défectueuse, par Winckler. (*Wiener med. Woch.*, 23 fév.) — Sur le rapport de quelques affections nasales avec les organes respiratoires, par Clément. (*Thèse de Paris.*) — Le coryza chronique simple, par Lermoyez. (*Union méd.*, mars.) — Coryza nerveux, rhinorrée, crises d'éternument, spasme de la glotte, par Lacoarret. (*Ann. policlin. Toulouse*, janv.) — De la rhinite purulente infantile, par Dedieu. (*Thèse de Paris*) — Climatologie dans la rhinite atrophique, par Binder. (*N.-York med. j.*, 16 mars.) — De l'ozène et de la rhinite atrophique simple, par Guilpin. (*Thèse de Paris.*) — Hypertrophie rétro-nasale, ses rapports avec la fièvre des foins et les autres maladies, par Weaver. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 fév.) — De l'ozène, par Mendel. (*Méd. mod.*, 27 avril.) — De l'hypertrophie des cornets inférieurs, par Mendel. (*Ann. de méd.*, 14.) — Du catarrhe purulent chronique des sinus, par Walsham. (*St. Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 237.) — Contribution à l'anatomie pathologique et au traitement de l'empyème chronique du sinus frontal, par Krecke. (*Münch. med. Woch.*, p. 1,030, 1894.) — Sur la suppuration des cellules ethmoïdales, par Baumgarten. (*Wiener med. Presse*, 3 fév.) — Les sinus du nez dans la diphtérie, la rougeole et la scarlatine, par Wolff. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX, 2.) — Quelques cas d'inflammation du sinus frontal, par Starr. (*N.-York med. j.*, 12 janv.) — Le cocaïnisme chronique d'origine nasale, par Lœwenberg. (*Bull. méd.*, 17 mars.) — Syphilome primitif intra-nasal de forme anormale, par Rueda. (*Rev. de lar.*, 15 fév.) — Sur une affection désignée dans la boucle du Niger et le pays de Kong sous les noms de goundou et anakhré, gros nez, par Maclaud. (*Arch. de méd. nav.*, janv.) — 2 cas de fissure médiane du nez, congénitale, par Nasse. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.) — Double atrésie nasale, suite de variole, par Loeb. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 19 janv.) — Des atrésies et des rétrécissements congénitaux des choanes, par Dionisio. (*Giorn. Accad. med. Torino*, fév.) — Déviations de la cloison du nez, par Gouguenheim. (*Sem. méd.*, 20 fév.) — De l'emploi de l'électrolyse dans les déviations de la cloison des fosses nasales, par Hess. (*Münch. med. Woch.*, p. 757, 1894.) — De l'électrolyse des tumeurs de la cloison du nez et des hyperplasies de la pituitaire, par Helot. (*Ann. mal. de l'org.*, mars.) — Forte déviation de la cloison du nez, ablation de la cloison par un procédé nouveau, par Surmay. (*Bull. soc. de Chir.*, XXI, p. 36.) — Anomalies de la cloison, leur traitement pour la guérison du catarrhe, par Anderson. (*N.-York med. j.*, 23 fév.) — 3 observations. Déviation de la cloison nasale. Corps étranger du nez. Œdème angio-neurotique du nez, par W. Martin. (*Med. news*, 26 janv.) — Attelles de liège tubulaire pour les déviations de la cloison nasale, par Berens. (*N.-York med. j.*, 16 fév., p. 215.) — Tumeurs de la cloison nasale caverneuse (angiome) chez une femme de 64 ans, épithélioma chez un jeune homme, par Strazza. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 3.) — Dent implantée à l'entrée de la fosse nasale droite, avec troubles réflexes, accès de toux et spasmes laryngés, avulsion, guérison, par Brindel. (*Rev. de laryng.*, 1er janv.) — Des polypes muqueux des fosses nasales, étiologie, traitement, par Beaumont. (*Thèse de Paris.*) — Asthme et anémie guéris par l'ablation de polypes du nez, par Scott. (*Med. News*, 16 mars.) — Sur les conditions de pénétration de la trompe d'Eus-

tache par les lavages du nez et sur une nouvelle pompe foulante, par ZIEM. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Emploi de la teinture d'iode pour les maladies de la gorge et du nez. par WROBLEWSKI. (*Therap. Monats.*, mars.) — Traitement du coryza aigu, par LERMOYEZ. (*Journ. des prat.*, 4, p. 51.) — Modification du spéculum nasal de Voltolini, par BERGENGRÜN. (*Therap. Monats.*, janv.) — Sur un nouveau dilatateur nasal, par Anton de LENS. (*Wiener med. Woch.*, 23 mars.) — Technique générale des opérations intra-nasales, par LERMOYEZ. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Du traitement du nez et de la gorge au cours des fièvres éruptives, par RICE. (*Americ med. Bull.*, 15 mars.) — Le massage vibratoire en rhinologie, par TISSIER. (*Ann. mal. de l'org.*, avril.) — Traitement de l'ozène, curetage de la muqueuse, par MACKENZIE. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — De l'opération de Rouge, par COMPAIRED. (*Arch. lat. de rinol.*, avril.) — Du traitement de l'épithélioma de la peau, des paupières et du nez par le bleu de méthyle, par DOMEC. (*Thèse de Paris.*) — Appareils métalliques de soutien du nez, par DELORME. (*Bull. soc. de Chir.*, XXI, p. 55, et *Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Sur la résection temporaire du nez d'après Ollier, par W. RAZOUMOWSKY. (*Vratch*, 9 fév.) — Rhinoplastie, par GILLIAM. (*Med. Record*, 2 fév.) — Rhinoplastie, par BLOXAM. (*London med. soc.*, 8 avril.) — De la réparation des difformités nasales par la prothèse mécanique intercutanéo-muqueuse, par CHAPUT. (*Bull. Soc. de Chir.*, XX, p. 85).

Nutrition. — La nutrition envisagée au point de vue médical, par BOUCHARD. (*Sem. méd.*, 13 mars.) — Sur le mécanisme des oxydations organiques, par ABELOUS et BIARNÉS. (*Arch. de phys.*, VII, 2.)

O

Occlusion (Int.) — De l'occlusion intestinale, revue, par COMTE. (*Sem. méd.*, 16 mars.) — Obstruction intestinale aiguë par volvulus de l'S iliaque, par BENHAM. (*London clin. Soc.*, 26 avril.) — Fracture de la rotule par coup de pied de cheval, mort par étranglement interne, par ROUFLAY. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Occlusion intestinale par calculs biliaires, par ATKINSON. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Variétés d'occlusion intestinale dépendant de calculs biliaires, par Mayo ROBSON. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 janv.) Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire, par EVE. (*London clin. Soc.*, 11 janv.) — Invagination aiguë chez un enfant de 4 mois, laparotomie, guérison, par ROUGHTON. (*Lancet*, 23 fév.) — Deux cas d'invagination intestinale chronique chez les lions, par PILLIET et COSTES. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Etranglement interne occasionné par un diverticule intestinal et guéri par des opérations réitérées, par KOERTE. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er oct. 1894.) — Plusieurs cas d'étranglement interne de cause variée et deux cas d'invagination de l'intestin, par KOERTE. (*Ibidem*, 15 oct. 1894.) — Invagination intestinale après une fièvre typhoïde, par VINCENT. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Un cas d'occlusion intestinale, par KOFMANN. (*Cent. f. Chir.*, 9 fév.) — Occlusion intestinale par volvulus de l'S iliaque démesurément allongé, 2 mètres, laparotomie, par ADENOT. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 4.) — Traitement de l'obstruction intestinale par l'électricité, par

Althaus. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Remarques sur le traitement de l'obstruction intestinale, par Thornley Stoker. (*Dublin Journ.*, 1er fév.) — 3 cas de colotomie iliaque pour obstruction intestinale, par Goodsall. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 215.) — Obstruction intestinale par tumeur maligne, anastomose par le bouton de Murphy, par Morton (*Brit. med. j.*, 20 avril.) — Entérectomie pour gangrène intestinale, anastomose, par Murphy (*Ibid.*) — *Idem*, par Day. (*Ibid.*) — Obstruction intestinale par calcul biliaire, laparotomie, entérotomie, par Kinneir. (*Ibid.*, 9 mars.) — De l'entérotomie dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë, par E. Kummer. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV à 2, p. 101.)

Œdème. — Pathologie de l'œdème, par Lazarus-Barlow. (*Brit. med. j.*, 23 mars.) — Des œdèmes phlegmoneux sous-cutanés d'origine nerveuse, par Mauclaire. (*Tribune méd.*, 27 fév.) — Contribution au traitement de l'œdème cutané, par Gerhardt. (*Münch. med. Woch.*, p. 1003, 1894.) — Traitement mécanique de l'œdème, par H. Schurz. (*Therap. Monast.*, janv.)

Œil. — La photographie du fond de l'œil, par Guilloz. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.) — Un procédé d'éclairage ophtalmoscopique sans reflets cornéens ni lenticulaires, application à la photographie du fond de l'œil, par Guilloz. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — La théorie chimique de la vision, par Weiss. (*Rev. gén. des Sc.*, 30 mars.) — L'accommodation de l'œil du poisson d'après les recherches de Berr, par Tscherning. (*Arch. de Phys.*, VII, 2.) — La puissance de l'œil et l'amplitude d'accommodation, par Weiss. (*Ann. d'Ocul.*, avril). — Rapports de l'accommodation et de la convergence, par Stevens. (*N.-York med. j.*, 16 fév.) — Influence de l'œil sur le caractère et la carrière, par Barnes. (*Ibid.*) — Accommodation et convergence, par Def. Graefe. (*Graefe's Arch.*, XL, 5.) — Etiologie et traitement du spasme de l'accommodation, par Suker. (*N.-York med. j.*, 9 fév.) — Sur la fatigue de l'œil et les moyens d'en déterminer le degré, par R. Katz. (*Vratch*, 26 janv.) — De la vision dans les cercles de dispersion, par M. Salzemann. (*Arch. f. Opht.*, XL, 5.) — Modification du champ visuel quand l'œil est placé à angle droit de sa position normale, par Oliver. (*Med. News*, 16 mars.) — Valeur des images cornéennes ophtalmoscopiques, par Maddox. (*Americ. j. of med. Sc.*, mai.) — Contribution à la focométrie rapide, par Guilloz. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.) — De la réfraction dans les écoles, par Allport. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 mars.) — L'œil skiascopique, par Thorington. (*Ibid.*, 5 janv.) — Les examens visuels pour les employés de chemins de fer et les marins, par Lawford. (*Brit. med. j.*, 23 mars.) — Anomalie vasculaire de la partie antérieure de l'œil. par Topolanski. (*Wiener med. Blæt.*, 11.) — Miroirs doubles mobiles pour l'ophtalmomètre de Javal-Schiotz, par Davis. (*N.-York med. j.*, 16 fév.) — Sur la stéréoscopie monoculaire, par C. Magnani. (*Giorn. Acc. med. Torino*, LVIII, 2.) — Recherches sur la mesure de l'appréciation des contrastes simultanés, par Hess et Pretori. (*Graefe's Arch.*, XL, 4.) — Sur l'apparition de la diminution du champ visuel par fatigue, par Simon. (*Ibid.*, XL, 4.) — Contribution à l'étude de la réaction électrique de l'œil, par J. Lumbroso et J. Levi. (*Wiener med. Blæt.*, 1 et 2.) — Procédé rapide pour la détermination de la puissance dioptrique des verres de lunettes, par Guilloz. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — Clinique ophtalmologique, maladies des organes de la vision, traitement, tome I, par du Bois-Reymomd. (194 p., *Leipsig.*) — Quelques documents statistiques sur la répartition géographique des maladies oculaires, par Truc et Roux. (*N. Montpellier méd.*, 13.) — De la diffusion dans l'intérieur de l'œil dans les divers états pathologiques du globe, par Bellarminoff et Dolganoff. (*Graefe's Arch.*, XL, 4.)

— De la cécité en Russie, étude étiologique, par Mlle PROTOPOPOFF. (*Thèse de Paris.*) — De la cécité par suite de traumatismes, par GROSSMANN. (*Wiener med. Presse.*, 7 avril.) — Aperçu général de pathologie oculaire vétérinaire, par TRUC. (*N. Montpellier méd.*, 6, p. 105.) — Troubles oculaires d'origine cardiaque, par A. TERSON. (*Ann. de méd.*, 10, p. 73.) — Sur l'ophtalmie des nouveau-nés, par ROHMER. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.) — Ophtalmie des nouveau-nés, par VEASEY. (*Med. News*, 23 fév.) — Ophtalmie des nouveau-nés intra-utérine, par FRIEDENWALD. (*Med. News*, 9 mars.) — De l'ophtalmie purulente métastatique; sa signification pronostique et son étiologie, par AXENFELD. (*Graefe's Arch.*, XL, 4.) — Evolution et traitement intégral de l'ophtalmie des nouveau-nés, par A. MATHIEU. (*Journ. de clin. infant.*, janv.) — Traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés, par MAY. (*Med. Record*, 16 fév.) — Sur la manière de pratiquer les cautérisations dans le traitement de l'ophtalmie purulente, par ABADIE. (*Bull. de thérap.*, 15 janv.) — Du traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent à 1 pour 150, par BUDIN. (*Journ. de méd. Paris*, 17 fév.) — Traitement de l'ophtalmie purulente par le formol, par FROMAGET. (*Ann. d'ocul.*, fév.) — Le traitement de l'ophtalmie purulente, par VALUDE. (*Méd. moderne*, 27 fév.) — Sur un cas de ténonite, par PUECH. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 24 fév.) — Réaction particulière de l'iris avec névrite optique atrophique, par GOULD. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — De la névrite optique consécutive à l'ozène, par SULZER. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — L'amblyopie ou l'amaurose traumatique par action réflexe existe-t-elle ? par DE WECKER. (*Soc. d'opht. Paris*, 5 mars.) — Modifications du corps ciliaire consécutives à la ponction de la chambre antérieure, par GREEFF. (*Arch. of Opht.* XXIV, 1.) — Scotome central permanent causé par la fixation du soleil pendant une éclipse, hémianopsie passagère unilatérale, par DUANE. (*Ibid.*, XXIV, 1.) — Paralysie complète de la troisième paire gauche chez un enfant de 4 ans, guérison, par DE SPÉVILLE. (*Ann. d'ocul*, avril.) — Les migraines ophtalmique et ophtalmoplégique, par LYON. (*Gaz. des hôp.*, 11 mai. — Migraine ophtalmique et aphasie, par J.-M. CHARCOT. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VIII, 1.) — Deux cas d'ophtalmoplégie extrinsèque double congénitale, par MAGINELLE. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — Un cas d'ophtalmoplégie nucléaire subaiguë et de paralysie des extrémités, avec autopsie, par KALISCHER. (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, VI, 3 et 4.) — Des ophtalmoplégies aiguës, par SCHUELE. (*Arch. f. Psych.*, XXVII, 1.) — Un cas d'ophtalmoplégie et de paralysie des extrémités avec autopsie, par GLORIEUX. (*La Policl.*, *Bruxelles*, 1er fév.) — Des paralysies oculaires d'origine tabétique, par PANAS. (*Presse méd.*, 5 mai.) — Traitement de certaines paralysies du droit externe, par G. MARTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 20 janv.) — Plaie ciliaire suivie d'ophtalmie sympathique, par WEBSTER et SCHWARZCHILD. (*N. York med. j.*, 16 fév.) — Infection tuberculeuse de l'œil, par BACH. (*Arch. of Opht.*, XXIV, 1.) — Exophtalmie pulsatile, par BRONNER. (*Lancet*, 4 mai.) — Des grosses tumeurs de l'œil, par VOSSIUS. (*Breslau.*) — Diagnostic entre les sarcomes et les gommes du corps ciliaire, par ROCHON-DUVIGNEAUD. (*Journ. des Prat.*, 15.) — Dégénérescence hyaline et amyloïde avec ossification d'un muscle de l'œil, par BRUGGER. (*Arch. of Opht.*, XXIV, 1.) — Microphtalmie avec kyste orbito-palpébral, par BECKER. (*Ibid.*) — Blessure extra-oculaire par un seul grain de plomb, cécité, paralysie du moteur oculaire commun, par BOURGEOIS. (*Rev. d'opht.*, janv.) — Aristol dans les maladies des yeux, par HEUSE. (*Therap. Monast.*, fév.) — Le formol en ophtalmologie, par GUAITA. (*Lo Speriment.*, p. 645, 1894.) — Les injections sous-conjonctivales de sublimé dans la thérapeutique oculaire, par Stedmann BULL. (*N.-York med. j.*, 19 janv.) — De la valeur thérapeutique des injections sous-conjonctivales de sublimé, par SCHULTE. (*Klin.*

Mon. f. Augenh., fév.) — Recherches expérimentales sur l'antisepsie dans les opérations vulgaires et la bactériologie du sac conjonctival, par Marthen. (*Beit. zur Augenh.* XII.) — De l'emploi des électro-aimants pour les blessures de l'œil par éclats de fer, par Adolf Hirzeler. (*Thèse, Zurich*, 1893 et *Corresp.-Blætt. f. schweiz. Aerzte*, 15 sept. 1894.) — L'histoire des yeux artificiels, par Pansier. (*Ann. d'ocul.*, janv.) — Etude clinique de l'œil artificiel, par Pansier. (*Ibid.*, avril.) — Des soins que nécessite le port d'un œil artificiel, par Trousseau. (*Presse méd.*, 2 mars.)

Orbite. — Empyème de l'orbite, suite de nécrose phosphorée du maxillaire, par Spalding. (*Arch. of Opht.*, XXIV, 1.) — Un cas de phlegmon orbitaire à la suite d'empyème de l'antre d'Highmore, par Merz. (*Klin. Mon. Augenh.*, février.) — Fractures de la paroi et du rebord orbitaire, par Morton. (*N.-York med. j.*, 16 mars.) — Gommes doubles des deux orbites avec autopsie, par Walter. (*Klin. Mon. f. Augenh.* janv.) — Sur un cas de symptômes symétriques de l'orbite, par Boerma. (*Graefe's Arch.*, XL, 4.) — Des endothéliomes de l'orbite, par van Duyse. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 2.)

Œsophage. — Sur le diagnostic des diverticules œsophagiens profonds, par Kelling. (*Münch. med. Woch.*, p. 930, 1894.) — Diverticule œsophagien chez un phtisique, par Bobone. (*Boll. mal. dell'orecchio*, XIII, 4.) — Opération pour une occlusion infranchissable de l'œsophage datant de 5 ans, dilatation par une nouvelle méthode, par Bernays et Carter. (*N.-York med. j.*, 23 mars.) — Gastrostomie chez un enfant de 4 ans et demi par le procédé Franck-Villar pour une sténose œsophagienne due à l'ingestion de potasse caustique, par Monnier. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 103.) — Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage, caillou de 115 millimètres de circonférence à 21 centimètres de profondeur, ablation, pas de suture, guérison parfaite, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 20 janv.) — Epithélioma de l'œsophage, perforation dans la trachée, par Leech et Grosvenor. (*Manchester path. Soc.*, 13 mars.) — Cancer de l'orifice cardiaque de l'œsophage, par Sutton. (*Clin. Sketches*, fév.) — Cancer de l'œsophage, gastrostomie, par Segond. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 812.)

Oreille. — Les vaisseaux labyrinthiques dans l'oreille humaine, par Siebenmann. (*Wiesbade.*) — Etude sur le ligament annulaire de l'étrier, par Barth. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er juil. 1894.) — Physiologie du labyrinthe de l'oreille, par Kreidl. (*Sitz. kais. Akad. Wiss. Vienne*, 102, II.) — Le limaçon membraneux considéré comme appareil enregistreur, par Bonnier. (*Soc. de biol.*, 23 fév.) — Fonctions de la membrane de Corti, par Bonnier. (*Ibid.*) — Sur l'inertie des milieux auriculaires, par Bonnier. (*Ibid.*, 2 fév.) — Précis des maladies de l'oreille, par Garnault. (In-18, 549 p., *Paris.*) — Maladies de l'oreille, par Marmaduke Sheild. (In-8, *Londres.*) — Progrès du diagnostic et du pronostic par l'emploi du diapason en série dans les otopathies, par Cozzolino. (*Riforma med.*, 22 fév.) — Surdité partielle acquise, par Gradenigo. (*66e réun. nat. allem.; Ann. mal. de l'Or.*, janv.) — Sur la saillie du bulbe de la veine jugulaire dans la cavité tympanique, par Gomperz. (*Ibid.*) — Un cas de surdité professionnelle, par Urbantstchitsch. (*Ibid.*) — Sur l'influence d'exercices acoustiques méthodiques sur l'audition, par le même. (*Ibid.*) — Parole défectueuse et surdité par Warren. (*New York.*) — Un troisième mamelon surnuméraire à l'oreille, par Haug (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 487.) — Nouveaux types d'anomalies de conformation de l'oreille, par Rohrer. (*66e réun. nat. allem.; Ann. mal. de l'Or.*, janv.) — Sur la surdité hystérique et la

torpeur du nerf acoustique, par ROHRER. (*Ibid.*) — Complication curative de l'otite moyenne purulente aiguë, par SZENES. (*Ibid.*) — Valeur thérapeutique de la glycérine phéniquée et du menthol dans les affections de l'oreille, par SZENES. (*Ibid.*) — Oreille artificielle, par GROVE. (*Lancet*, 2 fév.) — Soins des oreilles dans le cours des exanthèmes, par PHILLIPS. *Idem*, par RICE. (*N.-York med. j.*, 16 fév., p. 215.) — Surdité hystérique ou fonctionnelle, par VAN DYCK. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Surdité hystérique, par DALBY. (*Ibid.*, 16 mars.) — *Idem*, par MACKENZIE. (*London med. Soc.*, 11 mars.) — Etiologie du vertige auriculaire, par GRUENBERG. (*Thèse de Berne*, 1894.) — Spasme clonique du tenseur du tympan, par HEFLETOWER. (*N.-York med. j.*, 16 mars.) — Deux cas de surdité guérie, par SZENES. (*Ann. mal. de l'Or.*, mars.) — Des sténoses rebelles de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe et de leur traitement, par CORRADI. (*Ibid.*, avril). — Sur un nouvel appareil permettant de constater la dureté d'ouïe unilatérale ou la surdité et de confondre les simulateurs, par LAUTERBACH. (*Wiener med. Presse*, 3 mars. — Furonculose du conduit auditif externe, par MACLUEN SMITH. (*Med. News* 19 janv.) — Du traitement des furoncles du conduit auditif, par PAUCHET (*Thèse de Paris.*) — Phlyctènes hémorragiques du tympan et du conduit auditif externe, par COURTADE. (*Journ. de méd. Paris*, 17 fév.) — Des complications graves de l'otite, par SCHUBERT. (*Monats. f. Ohrenh.*, nov.) — Traitement mécanique des otites moyennes chroniques non suppurées, massage du tympan, par HAUG. (*Deut med. Woch.*, 31 janv.) — Du traitement des oreilles au cours des fièvres éruptives, par C. PHILLIPS. (*Americ. med. Bull.*, 15 mars.) — Du traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë, par GRADENIGO. (*Semaine méd.*, 23 janv.) — Du syndrome de Ménière chez les jeunes sujets. par PLANAT. (*Thèse de Lyon.*) — Remarques sur la stapedectomie, par F. JACK. (*Boston med. journ.*, 10 janv.) — De la pression labyrinthique dans un cas de tumeur cérébrale, par L. ASHER. (*Zeit. f. klin. med.*, XXVII. 5 et 6.) — De l'otomycose, sa fréquence à Singhapour, par HIGHET. (*Brit. med. j.*, 9 mars, p. 539.) — L'aspergillus nigrescens dans la cavité de la caisse et dans l'apophyse mamillaire, par HAUG. (*Ziegler's Beit. z. path. Anat.* XVI, p. 490.) — Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical, par DALEINE. (*Thèse de Paris.*) — Gangrène symétrique des oreilles, par TWEEDY. (*Royal Acad. of med. Ireland*, 8 mars.) Un cas de thrombose des sinus du cerveau par otite, par K. PICHLER. (*Prager med. Woch.*, 7 et 8.) — Cas d'otite moyenne suppurée aiguë et d'affection mastoïdienne compliqué de glycosurie et de ce qu'on appelle un érysipèle blanc occupant le cuir chevelu. Opération, guérison, par BACON. (*Rev. de Laryng.*, 15 avril.) — Pyohémie suite d'otite moyenne latente, par CLARK. (*Med News*, 5 janv.) — Double mastoïdite avec thrombose septique du sinus latéral, par WALKER. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Thrombose des sinus intracraniens, suite d'otite moyenne suppurée, par MILLIGAN. (*Lancet*, 20 avril.) — Abcès cérébraux et suppuration de l'oreille, discussion. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 38.) — Sur les abcès cérébraux d'origine otique, par BRIEGER et SCHUBERT. (*66e réun. nat. allem.*; *Ann. mal. de l'or.*, janv.) — Thrombose du sinus caverneux dans l'otite moyenne purulente, par KIRCHNER. (*Ibid.*) — Sur le lavage de la caisse tympanique, par BING. (*Ibid.*) — Un cas d'abcès cérébelleux; phlébite du sinus et otite moyenne suppurée, par MORRIS. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mars.) — Du traitement climatique des suppurations chroniques de l'oreille, par HESSLER. (*Münch. med. Woch.*, p. 1008, 1894.) — Emploi de l'acide trichloracétique dans les otites moyennes suppurées, chroniques, par OKUNEFF. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 1.) — Le traitement sec de l'otite moyenne suppurée, par NICHOLS. (*N.-York med. j.*, 16 fév., p. 215.) Traitement rationnel de l'otite moyenne suppurée, étude clinique et bacté-

riologique, par Gradenigo et Pes. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 1.) — Sur la valeur thérapeutique (nulle) de l'europhène, de l'alumnol, de la diaphtérine et de l'antiseptine dans les suppurations de l'oreille, par Szenes. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher? par Garnault. (*Soc. de biol.*, 16 fév. et *Gaz. des hôp.*, 28 mars.) — Evacuation de la caisse, par Fraser. (*Med. News*, 27 avril.) — Opérations sur l'apophyse mastoïde, par Broca. (*Ann. mal. de l'or.*, janv.) — De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher, par Gangolphe et Siraud. (*Rev. de chir.*, avril.) — L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne, par Malherbe. (*Thèse de Paris.*) — Les méfaits de l'incision de Wilde, par Chipault et Demoulin. (*Ann. mal. de l'or.*, avril.) — Ouverture attico-mastoïdienne pour une otite fongueuse ancienne avec application de lambeaux cutanés sur la brèche osseuse, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 1.) — Pyohémie d'origine auriculaire, ligature des veines jugulaires, exploration du sinus et du cerveau, par Morton. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 247.) — Pyémie auriculaire sans thrombose des sinus traitée par la ligature de la jugulaire et le tamponnement du sinus latéral, par Deanesly. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Abcès cérébral d'origine otique, trépanation, guérison, par Mignon, rapport de Picqué. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 815.) — Nécrose du labyrinthe, trépanation mastoïdienne, opération de Kuester, élimination spontanée d'une partie du labyrinthe, par Friedenwald. (*N.-York med. j.*, 23 fév.) — Traitement du cholesteatome du rocher par une ouverture rétro-auriculaire persistante, par Reinhard. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XXVI, 2.) — Sclérodermie du pavillon de l'oreille, par Dor. (*Lyon méd.*, 20 janv.) — Des polypes de l'oreille et de leur traitement, par Souza-Leite. (*Thèse de Paris.*) — Polype de tissu de cicatrice dans la caisse contenant un corps étranger (poids), par Haug. (*Ziegler's Beiträge. z. path. Anal.*, XVI, p. 494.) — Sarcome mélanique à cellules géantes du conduit auditif, de la caisse du tympan et de la portion squameuse du temporal, par Haug. (*Ibid.*, XVI, p. 500.) — Fibro-chondrome calcifié du pavillon de l'oreille, par Mermet. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne, par Marchal. (*Thèse de Paris.*)

Oreillons. — Sur la période de contagiosité des oreillons, par Audigé. (*France méd.*, 29 mars.) — Deux cas de surdité consécutive aux oreillons, par Dasque. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 3 fév.)

Os. — Acromion formant un osselet distinct, articulé avec l'épine de l'omoplate, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 25 janv.) — Sur une facette de l'astragale, par Morestin. (*Ibid.*, 27 octobre 1894.) — Os trigone, par Morestin. (*Ibid.*, 28 déc. 1894.) — Exostoses ostéogéniques multiples, par Morestin. (*Ibid.*) — Un cas d'ostéopériostite suppurée à bacille d'Eberth, par Claude. (*Arch. gén. de méd.*, fév.) — Ostéite déformante de Paget, par Dubreuilh. (*Arch. clin. Bordeaux*, janv.) — Ostéomyélite du cou-de-pied, implantation d'os de mouton, par Senn. (*Med. News*, 20 avril.) — Régénération totale de la clavicule après ostéomyélite nécrosique chez une enfant de 6 ans, par Félizet. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 92.) — Ostéomyélite bipolaire du tibia, par Curtillet. (*Lyon méd.*, 24 mars.) — Périostite aiguë, pyémie, mort, par Masterman. (*Lancet*, 30 mars.) — Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, par Combemale et Chatelin. (*Bull. méd. du Nord*, 22 mars.) — Le plombage des os, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 6 fév.) — Du plombage des os dans les alté-

rations cavitaires des os, par STACHOW. (*Beit. z. klin. Chir.* XII.) — Trois observations d'ostéotomie du fémur par ankylose vicieuse de la hanche, par LE DENTU. (*Rev. d'orthop.*, 1er mars.) — L'emploi de la moelle glycérinée dans les états marqués par la diminution des globules rouges, par HAMILTON. (*N.-York med. j.*, 12 janv.) — Exostose de développement au niveau de la face interne du tibia. Epanchement sanguin dans la bourse séreuse de la patte d'oie. Résection de l'exostose, guérison, par Gérard MARCHANT. (*Rev. d'Orthop.*, 1er mars.) — Exostose digitiforme de la fosse iliaque interne, par FAURE. (*Soc. anat. Paris*, 11 janv.) — Les exostoses de développement dans leurs rapports avec la tuberculose, par POUMEAU. (*Thèse de Paris.*) — Fibrome fasciculé périostique du tibia, par PÉRAIRE. (*Soc. anat. Paris*, 15 fév.) — Sur les ostéomes du cavalier, par DELORME. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 540.) — Remarques sur les sarcomes pulsatiles des os, par ALBERT. (*Wiener klin. Runds.*, 6 janv.) — Sarcome globo-cellulaire de la tête de l'humérus, résection de la moitié supérieure de l'humérus; guérison depuis 11 ans, par HEURTAUX. (*Bull. soc. de chir.*, XXI, p. 131.) — Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité inférieure du fémur, résection du genou, absence de consolidation, électrolyse; guérison, par SCHWARTZ. (*Ibid.*, XX, p. 829.) — Ostéomalacie puerpérale, par ROSSIER. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — Un cas d'ostéomalacie, par HERTZ. (*Nordiskt med. Arkiv*, XXVII, 2.) — De l'ostéomalacie, par DOCK. *Americ. j. of med. Sc.*, mai.) — Nouvelles recherches sur l'ostéomalacie, par FEHLING. (*Arch. f. Gynaek.*, 3.) — Etude anatomique des ovaires dans le cas d'ostéomalacie, par ROSSIER. (*Ibid.*, XLVIII, 3.) — Récidive d'ostéomalacie après une opération de Porro, par BEAUCAMP. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 fév.)

Ovaire. — Présence de follicules nerveux dans l'ovaire, par V. HERFF. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 fév.) — Présence de follicules nerveux dans l'ovaire, par MANEL. (*Ibid.*, 23 fév.) — Sur les caractères macroscopiques de la salpingo-ovarite, par REYMOND. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Essai de diagnose des liquides ovariens et ascitiques, par GUÉRIN. (*Journ. de pharm.*, 1er mars. — Lésions de l'ovaire avec écoulements aqueux de l'utérus, par WILLIAMS. (*Med News*, 30 mars.) — Trois cas d'inflammation pelvienne terminés par abcès de l'ovaire, par CULLINGWORTH. (*Trans. obst. soc. London*, XXXVI, p. 277.) — Kyste ovarien multiloculaire; ovariotomie double; guérison, par PHELPS. (*Boston med. journ.*, 21 fév.) — Des kystes de l'ovaire à grand développement adhérents au péritoine pariétal, par COUTURIER. (*Thèse de Lyon.*) — Deux cas de kystes de l'ovaire chez des femmes ayant passé la ménopause, par DELAUNAY. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.) — Iléus par compression de l'intestin par un kyste de l'ovaire sans torsion du pédicule, par PETERS. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 mars.) — Remarques sur la chirurgie abdominale en Chine, ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire, par REIFSNYDER. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Kystes dermoïdes développés dans les deux ovaires chez une vierge de 20 ans, par REVERDIN. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 fév.) — Kyste dermoïde de l'ovaire simulant une tumeur rénale, par MORRIS. (*Clin. sketches*, janv.) — Tumeur mixte de l'ovaire droit, kyste dermoïde et endothéliome, par FAGUET. (*Mercredi méd.*, 10 fév.) — De l'atrophie avec cirrhose, de la dégénérescence fibroïde, de l'angiome des ovaires, par BRAITHEWAITE. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 325.) — Des tumeurs papillaires de l'ovaire, par PFANNENSTIEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 3.)— Deux cas de fibrome de l'ovaire, par GRAEFE. (*Cent f. Gynaek.*, 5 janv.) — Fibrome de l'ovaire, par J. RENDU. (*Lyon méd*, 27 janv.) — Tératome de l'ovaire, par WERNITZ. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 2.) — Laparotomie pour tumeurs abdominales douloureuses de nature obscure, sarcome de l'ovaire avec dégénérescence kystique, par DAVIS. (*Americ. j. of Obst.*, mars.) —

Tumeur mixte de l'ovaire droit, par Ch. Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 10 mars.) — Sarcome des ovaires, par Cordier. (*Americ. j. of Obst.*, janv.) — Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, par Donnet. (*Thèse de Paris.*) — De la résection de l'ovaire, par Matthaei. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 2.) — Ovariotomie chez une femme de 87 ans; guérison, par Owens. *Lancet*, 2 mars.) — Quelques causes de mort dans l'ovariotomie, par Malcolm. (*Roy. med. and chir. Soc.*, 8 janv.)

P

Palais. — Trajet des nerfs moteurs du palais et du pharynx, par Rethi. (*Sitz. Kaiser Akad. Wiss. Vienne*, CII.) — Etat anormal des piliers d'origine congénitale, par Fullerton. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Deux cas de cloi on congénitale du palais opérés, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 sept. 1894.) — Perte de substance du pilier antérieur droit du voile du palais, par Lapalle. (*Ann. mal. de l'or.*, fév.) — Anomalie rare de la luette, par Koch. (*Ibid.*, mars.) — Suites rares d'un ulcère tuberculeux du palais, perforation, par Walter. (*Therap. Monats.*, fév.)

Paludisme. — Les parasites de la malaria en Amérique, par Osler. (*Brit med. j.*, 5 janv.) — Des organismes de la malaria, par Daniels. (*Ibid.*. 27 avril.) — Histogenèse des plasmodies de la malaria, par Rogers. (*Boston med. Journ.*, 7 fév.) — Discussion sur la malaria, maladie d'origine aqueuse, par Daly. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 janv.) — Cinq cas de fièvre continue palustre, par Deroye. (*Bourgogne méd.*, 1er déc.) — De la fièvre typho-palustre dans la région vendéenne, par Savin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Anémie et infection paludéenne, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 3 janv.) — Leucocytose dans le paludisme, par Billings. (*John Hopkins hosp. Bull.*, 42, 1894.) — Paludisme chronique compliqué de phlébite et d'aortite, par Chastang. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Du tanin dans les fièvres paludéennes rebelles à la quinine, par Alix. (*Ibid.*) — Etude critique sur le pneumo-paludisme et la pneumonie dans le paludisme, par Lelièvre. (*Thèse de Paris.*) — Pneumo-paludisme du sommet, par de Brun. (*Bull. méd.*, 29 janv.) — Hématurie paludique, étude du plasmodium, par Woldert. (*N. York med. j.*, 23 fév.) — La prophylaxie médicamenteuse du paludisme à propos de l'expédition de Madagascar, par Noel. (*Bull. méd.*, 10 avril.) — Le chlorhydrate de phénocolle dans les fièvres palustres, par Ribet. (*Soc. de thérap.*, 9 janv.) — Sur les formes d'administration de la quinine à titre préventif, par Patein. (*Ibid.*)

Panaris. — Un cas de maladie de Morvan, par Danlos. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.)

Pancréas. — Action glyco-inhibitrice du suc pancréatique, par Montuori. (*Riforma med.*, 23 janv.) — Dégénérescence du pancréas chez le lapin consécutive à la ligature du canal de Wirsung, par Mouret. (*Soc. de biol.*, 19 janv.) — De la sclérose des greffes du pancréas chez le chien, par Mouret. (*Ibid.*, 23 mars.) — Lésions du pancréas par l'injection d'huile

dans le canal de Wirsung suivie de ligature de ce canal, par MOURET. (*Ibid.*, 23 fév.) — Recherches sur le pancréas, sur le développement des nécroses graisseuses, par HILDEBRAND. (*Cent. f. Chir.*, 23 mars.) — Pathogénie de la pancréatite aiguë, par JUNG. (*Thèse de Gœttingue.*) — Du cancer primitif du pancréas, par HERRINGHAM. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 5.) — Un cas de cancer de la tête du pancréas avec extension au cholédoque, par GANGINI. (*Riv. clin. e terapeutica*, 3.) — Cancer du pancréas, par HUCHARD. (*Bull. méd.*, 6 janv.) — Rupture traumatique du pancréas, par VILLIÈRE. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.) — Un cas de kyste du pancréas traité par le drainage; guérison, par RICHARDSON. (*Boston med. journal*, 21 mars.)

Pansement. — Stérilisation du catgut, par JOHNSTON. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Préparation de catgut antiseptique au moyen de la formaline, par CUNNINGHAM. (*N.-York med. j.*, 20 avril.) — Sur la préparation du catgut, par BISSELL. (*Medical Record*, 16 fév.) — De la stérilisation du cataplasme de farine de lin, par LOWETT. (*Boston med. journ.*, 4 avril.) — De la stabilité des dissolutions aqueuses de bichlorure d'Hg, par BURCKER. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — De la transformation du bichlorure d'Hg en composé Hg insoluble dans les étoupes bichlorurées au 1 0/00, par GUILLOT. (*Ibid.*) — Du pansement, par FORGUE. (*N. Montpellier méd.*, 1 et 2, p. 5 et 25.) — Le traitement des plaies, par HUMPHRY. (*Brit. med. j.*, 30 mars.) — De la désinfection des plaies, par HENLE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.) — De la désinfection des plaies, par HAENEL. (*Deut. med. Woch.*, 25 fév.) — Notes sur le traitement des plaies, par PYLE. (*Med. News*, 5 janv.) — De la désinfection des plaies infectées, par SCHIMMELBUSCH. (*Fortsch. der Med.*, 1 et 2.) — Du traitement aseptique des suppurations, par ZEIDLER. (*Cent. f. Chir.*, 6 avril.) — De l'asepsie en chirurgie courante et en chirurgie d'urgence, par DELANGRE. (*Bulletin Académie de méd. Belgique*, IX, p. 22.)

Paralysie. — Paralysie bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes, par RAYMOND. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VIII, 1.) — Un cas de paralysie bilatérale du deltoïde, par SOUQUES et J.-B. CHARCOT. (*Ibid.*) — Des paralysies radiculaires du plexus brachial, par RAYMOND. (*Presse méd.*, 23 mars.) — Sur les paralysies sciatiques traumatiques, par CERNEA. (*Thèse de Paris.*) — Monoplégie brachiale traumatique, par ROUX. (*Loire méd.*, 15 fév.) — Paraplégie due à une névrite des sciatiques, par QUIOC (*Bourgogne méd.*, 1er déc.) — De l'hémiplégie, par MOORE. (*Lancet*, 19 janv.) — Sur le cri réflexe chez les hémiplégiques, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Hémiplégie gauche, abolition des réflexes superficiels et profonds, atrophie musculaire, etc., par ESKRIDGE et PETERSON. (*N. York med. j.*, 2 mars.) — Trois cas de paralysie de Brown-Séquard, par BAILEY. (*Ibid.*, 9 mars.) — De la paralysie spinale spasmodique héréditaire, par ERB. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 1 et 2.) — Symptomatologie de la paralysie pseudo-bulbaire, par OPPENHEIM. (*Fortsch. der Med.*, 1er janv.) — Paralysie bulbaire sans lésions anatomiques, par STRÜMPELS. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Paralysie bulbaire supérieure subaiguë à type descendant, par CHARCOT et MARINESCO. (*Soc. de biol.*, 23 fév.) — Une forme de mouvements posthémiplégiques, par BERNHARDT. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVII, 1.) — Un cas de paraplégie spasmodique infantile, par BENEDIKT. (*Wiener med. Presse*, 31 mars.)

Paralysie générale. — La diminution du poids du cerveau dans la paralysie générale, par MERCIER. (*Mitth. aus klin. Inst. der Schweiz.*, II,

9.) — Sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale, par Rieder. (*Thèse de Paris.*) — Sulfates dans l'urine des paralytiques généraux, leurs rapports avec les phases de la maladie, par Turner. (*Journ. of ment. sc.*, janv.) — De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale progressive, par Baudon. (*Thèse de Paris.*) — Délimitation de la paralysie progressive générale, par Otto Binswanger. (*Berlin. klin. Woch.*, 3, déc. 1894.) — Du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiforme et épileptiforme, de la paralysie générale, par Guérin. (*Thèse de Lyon.*) — Anatomie pathologique des modifications neuro-musculaires dans la paralysie générale, par Campbell. (*Journ. of ment. sc.*, avril.) — Des fugues dans la paralysie générale, par Ch. Berger. (*Arch. clin. Bordeaux*, janv.) — Paralysie progressive pendant la puberté, par Sacki. (*Münch. med. Woch.*, 31.) — Sur l'anatomie pathologique du phénomène cubital (analgésie du cubital chez les paralytiques), par Cramer. (*Ibid.*, 30, 1894.) — Un cas de paralysie générale à forme tabétique, par Joffroy. (*Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, VIII, 1.)

Parole. — De l'alalie idiopathique, par Coen. (*Rev. int. de rhinologie*, V, I.)

Parotide. — Etude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire, par Faure. (*Gaz. des hôp.*, 23 mars.) — Tumeur de la région parotidienne, contusion, épanchement sanguin dans son intérieur, par Hartmann. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.)

Paupière. — Un cas de corne palpébrale, par Terson. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.) — Sclérodermie palpébrale, par Despagnet. (*Soc. d'opht. Paris*, 2 avril.) — De l'eczéma séborréique des paupières et de son traitement, par Leloir. (*Bull. méd.*, 20 janv.) — Un cas de ptosis congénital unilatéral par Putnam Jacobi. (*Medical Record*, 23 fév.) — Du symblépharon, par Gallemaerts. (*Policlinique Bruxelles*, 15 janv.) — Formation d'une nouvelle paupière par transplantation cutanée sans pédicule, par Hansell. (*Med. News*, 9 mars.) — Autoplastie des paupières pour un cas de lupus par Gayet. (*Lyon méd.*, 27 janv.)

Peau. — Sur la disposition et la fonction des fibres élastiques de la peau, par Nékam. (*Ann. de derm.*, VI, 2.) — Etude de l'éléidine dans la peau normale et pathologique, par Dreysel et Oppler. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 1.) —Un algésimètre, appareil pour mesurer la sensibilité de la peau à la douleur, par A. Morzutkowski. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, 1 et 2, p. 41.) — La nouvelle clinique dermatologique de Breslau, avec remarques sur l'enseigement de la dermatologie et de la syphilis dans les universités allemandes, par Neisser. (*Hyg. Rundsch.*, IV, p. 891.) — Des infections de la peau et par la peau en pathologie infantile, par Hulot. (*Gaz. hebd. Paris*, 19 janv.) — L'infection dans les maladies de la peau, par Eddowes. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Dermographisme avec prurit, par Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 fév.) — Un cas de dermographisme, par Augagneur. (*Lyon méd.*, 10 fév.) — Sur un nouveau cas de dystrophie papillaire et pigmentaire, acanthosis nigricans, par Darier. (*Ann. de derm.*, VI, 2.) — De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring, par Vilenski. (*Thèse de Paris.*) — Troisième fait de dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique, par Hallopeau et Le Damany. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Histologie

de la dermatite épidémique, par Echeverria. (*Brit. j. of dermat.*, janv.) Sur l'épidemic skin disease, par Savill. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, VIII, 1.) — Affection de la peau non décrite, papulo-ulcéreuse, folliculaire, hyphomycétique, par Duhring et Hartzell. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Exfoliation congénitale de la peau, par Sangster. (*Brit. j. of dermat.*, fév.) — La papule séborréique plate, par Brooke. (*Ibid.*, fév.) — Sur des cas de taches bleues observées au Boston City Hospital, par Bowditch. (*Boston med. journ.*, 7 mars.) — De l'esthiomène, par A. Martin. (*Normandie méd.*, 15 janv.) — De l'hyperkératose excentrique, par Respighi. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXX, 1.) — Gommes tuberculeuses de la peau, par Du Castel. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Le losophane en dermatologie, par Cantrell. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Sur l'emploi de l'araroba dans le traitement des maladies de la peau, par Castellan. (*Arch. de méd. nav.*, avril.)

Pemphigus. — Pemphigus chronique hémorragique, par Dubs. (*N. York med. j.*, 5 janv.) — Pemphigus et pemphigoïdes, par Tommasoli. (*Giorn. ital. mal. vener.*, XXX, 1.)

Peptonurie. — De la peptonurie, par Senator. (*Deut. med. Woch.*, 4 avril.)

Péritoine. — Le grand épiploon, développement, anatomie, physiologie, par Eccles. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 81.) — Morphologie des cellules endothéliales du péritoine intestinal, par Nicolas. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Sur le développement de la cavité hépato-entérique de l'axolotl et de l'arrière-cavité du péritoine chez les mammifères, par Brachet. (*Arch. de biol.*, XIII, 4.) — Etudes expérimentales sur le développement de la péritonite circonscrite et diffuse, par Wieland. (*Mitth. klin. med. Inst. Schweiz.*, II, 7.) — Recherches expérimentales sur les facteurs de la péritonite par perforation, par W. Silberschmidt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 851, 10 sept. 1894.) — Etat du péritoine dans 25 autopsies, par Robinson. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — De la péritonite primitive à pneumocoques, par Arnozan et Cassaet. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 janv.) — De la péritonite chronique fibreuse, par Goldenberg. (*Deut. med. Woch.*, 10 janv.) — De la péritonite cancéreuse, par Aslanian. (*Thèse de Paris.*) — De la céliotomie pour la péritonite puerpérale suppurée, par v. Winckel. (*Therap. Monats.*, avril.) — Traitement de la péritonite septique diffuse survenant au cours de l'appendicite, par Mc Burney. (*Medical Record*, 30 mars.) — L'adossement du péritoine au péritoine est-elle une erreur? par Greig Smith. (*Brit. med. j.*, 5 janv.) — Fibro-sarcome du péritoine, par Hutton. (*Ibid.*, 9 fév.) — Sarcome du mésentère, laparotomie, guérison, par Potherat. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 117.)

Périnée. — De la périnéorraphie immédiate par les sutures interstitielles, par Gallois. (*Thèse de Lyon.*) — De la périnéorraphie immédiate secondaire, par Tellier. (*Lyon méd.*, 10 mars.)

Peste. — La peste et son microbe, revue, par Netter. (*Semaine méd.*, 16 fév.) — Sur la peste à bubons des ports de la mer de Chine, par Francia. (*Boletin de med. nav.*, janv.)

Pharmacologie. — Manuel de matière médicale et de pharmacologie, par Sayre. (*Philadelphie.*) — Etude des antipyrétiques et antalgiques, par Treupel. (*Deut. med. Woch.*, 4 avril.) — Sur la préparation des extraits

vireux et leur richesse en alcaloïdes, par Ranwez. (*Bull. Acad. med. Belgique*, IX, 3.) — Analyse d'un vinaigre falsifié, par Guillot. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — Toxicité comparée de la digitaline sur quelques espèces animales, par Scofone. (*Thèse de Genève*, 1894, et *Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 201.) — Contribution à l'étude des caractères de quelques alcaloïdes, par Formanek. (*Wiener med. Blätter*, 12.) — Des acides du polystichum spinulosum, par Poulsson. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3.) — Action de la spartéine, par Cushny et Mattews. (*Ibid.*, XXXV, 2 et 3.) — Action vaso-dilatatrice de la strychnine, par Delezenne. (*Bull. méd. du Nord*, 8 mars.) — Sur la lorétine et ses sels, par Blum, Barwald. (*Münch. med. Woch.*, p. 704, 1894.) — Recherches sur la papaïne (Reuss), par Oswald. (*Ibid.*, 34, 1894.) — Sur la salicine et la saligénine, par Lederer. (*Ibid.*, 31, 1894.) — Sur l'action physiologique de l'ouabaine, par Gley. (*Soc. de biol.*, 19 janv.) — Etude chimique d'un nouveau composé de l'antipyrine et de l'aldéhyde formique, formopyrine, par Marcourt. (*Thèse de Bordeaux.*) — D'un nouvel hémostatique, la ferripyrine, par Hedderich. (*Münch. med. Woch.*, 1.) — De la ferropyrine, par Hasse. (*Pharm. Centralh.*, 5.) — Action physiologique de la phlorizine, par Coolen. (*Arch. de pharm. Gand*, I, 4.) — Sur l'action du tolysal, par Bothe. (*Münch. med. Woch.*, 32, 1894.) — Action physiologique de quelques dérivés du pyrrodiazol, par Monaco et Taruli. (*Riforma med.*, 2 mars.) — Recherches sur l'action de l'hydroquinone, par Danilewski. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3.) — Recherches sur l'action du tricrésol sur l'organisme animal, par Grigorjeff. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 552.) — Du crésol, par Hanau. (*Deut. med. Woch.*, 14 fév.) — Des crésols, leur action et leur constatation dans l'organisme, par Schürmayer. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIV, p. 71.) — Recherches expérimentales sur la ferratine de Marford-Schmiedeberg, par Filippo de Filippi. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.*, XVI, p. 462.) — Du dermatol, par O. Wiemer. (*Therap. Monats.*, janv.) — Effets produits par le chlorhydrate d'ammoniaque sur le système nerveux central, par Yourinsky. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 3.) — De l'absorption de l'acide salicylique par la peau, par Linossier et Lannois. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — De l'absorption du mercure par la peau et par les voies respiratoires, par Lépine. (*Semaine méd.*, 27 fév.)

Pharynx. — L'espace naso-pharyngien en pathologie, par Heller. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 540.) — Malformation du pharynx, par Wolfenden. (*Brit. laryng. Assoc.*, 11 janv.) — De l'influence des altérations organiques du pharynx et du nez sur la parole, par Gutzmann. (*Wiener med. Blätter*, 10.) — Les affections de la gorge dans la grippe, par Terry. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — Les névroses sensitives de la gorge de la période de la ménopause, par Semon. (*Ibid.*, 5 janv.) — Les affections rhumatismales du pharynx, du larynx et du nez, par Freudenthal. (*Medical Record*, 16 fév.) — Considérations sur la pharyngite granuleuse, par Moure. (*Bull. méd.*, 20 fév.) — Tuberculose miliaire du palais, du pharynx, par Bobone. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 4.) — Un cas de tuberculose du pharynx, par Griffin. (*N. York med. j.*, 16 fév.) — Une forme particulière de tumeur granuleuse syphilitique dans le pharynx, par Krecke. (*Münch. med. Woch.*, p. 932, 1894.) — Sténose cicatricielle du pharynx d'origine syphilitique, par Garel. (*Lyon méd.*, 3 fév.) — Rétrécissement syphilitique du pharynx, par Battle. (*London clin. Soc.*, 8 fév.) — Syphilides bucco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien, par Mermet. (*Gaz. des hôp.*, 12 mars.) — Des rétrécissements syphilitiques du pharynx et du larynx, par Heymann. (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 25 fév., et *Arch. int. de*

laryng., VIII, 2.) — Pharyngothérapie. Contribution au traitement des maladies infectieuses, par Heller. (*Münch. med. Woch.*, p. 865, 1894.)— Sérothérapie et pharyngothérapie, par Heller. (*Ibid.*, p. 1053, 1894.) — Sur le lavage du rhino-pharynx, ses indications, par Pissot. (*Thèse de Paris.*) — Le traitement médicamenteux des maux de gorge, par Avellis. (*Rev. int. de rhinol.*, V, 2.) — Récidive des tumeurs adénoïdes du pharynx, par Hopkins. (*N. York med. j.*, 26 janv.) — Sur les végétations adénoïdes du naso-pharynx, par Kendal Franks. (*Dublin Journ.*, 1er mars.) — Traitement des végétations adénoïdes avec le pharyngo-amygdalotome de Schultz, par Hessler. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 1.) — Ablation des végétations adénoïdes, nouvel instrument, par Hewetson. (*Brit. med. j.*, 6 avril.) — Angiome du naso-pharynx, par W. Martin. (*Med. News*, 26 janv.) — Angiome du pharynx, par Lichtwitz. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 7 avril.) — Sur le traitement des polypes naso-pharyngiens, par Verneuil. (*Bull. soc. de chir.*, XX, p. 802.) — Sarcome du pharynx, par Delmas et Cannieu. (*Journ. méd. Bordeaux*, p. 105, 7 avril.)—Sur la forme ganglionnaire de l'épithélioma latent du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage, par Paillard. (*Thèse de Paris.*) — Phtisie pulmonaire avec épithélioma du pharynx chez une femme de 33 ans, par Jakins. (*Brit. laryng. Ass.*, 11 janv.) — De la résection du pharynx, par Braem. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.)—De l'extirpation totale de l'épiglotte, recherches sur la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par Rosenbaum. (*Ibid.*, XLIX, 4.)— Pharyngotomie sus-hyoïdienne, par Jeremitsch. (*Ibid.*)

Physiologie. — Physiologie générale, par Verworn. (584 p., *Iéna.*)

Pied. — Sur les bourses séreuses de la plante du pied, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Notes pour l'histoire de la talalgie, par Brousses et Berthier. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Anatomie du pied bot varus équin et son traitement par la tarsectomie, par Lapeyre. (*Thèse de Paris.*) — Dissection de deux pieds bots, par Morestin. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.) — Double pied bot varus congénital guéri chez l'adulte par redressement graduel à l'aide d'appareils, par J. Wolff. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Pied bot varus grave invétéré compliqué d'arthrites suppurées, tarsectomie, redressement, guérison, par Adenot. (*Mercredi méd.*, 17 avril.) — Pied valgus paralytique, nouveau procédé de transplantation du tendon, par Ghillini. (*Cent. f. Chir.*, 6 avril.) — Modification de l'opération de Phelps pour le pied bot équin, par Kellock. (*Lancet*, 30 mars.)

Placenta. — Diagnostic du siège du placenta, per Leopold. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 mars.) — De l'obstacle apporté par le placenta au passage des substances anticoagulantes, par Wertheimer et Delezenne. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Polype placentaire intra-utérin d'apparence fibrineuse, par Lejars et Levi. (*Soc. anat. Paris*, 8 fév.) — Insertion vicieuse du placenta et tamponnement vaginal, par Bourdier. (*Thèse de Paris.*) — Du traitement du placenta prœvia central, par Nijhoff. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 fév.) — Placenta prœvia dans une grossesse gémellaire, par Palchowski. (*Ibid.*)

Plèvre. — De l'étiologie de la pleurésie, par E. Levy. (*Prager med. Woch.*, 8 et 9.) — Causes de l'égophonie, par Taylor. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 fév.) — Analyse d'un liquide pleurétique, par Rœser. (*Journ. de pharm.*, 1er fév.) — Répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale, par Brodier. (*Thèse de Paris.*) — Des rapports entre la

pleurésie séreuse et la tuberculose, par EICHHORST. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — Deux cas de pleurésie à épanchement hémorragique, par LIPARI. (*Morgagni*, janv.) — Sur le diagnostic de la pleurésie à épanchement, par WHITNEY. (*Medical Record*, 5 janv.) — Des pleurésies d'origine péritonéale, par DUSSAC. (*Thèse de Paris.*) — Des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet, par LANGLOIS. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'épanchement pleurétique survenant comme symptôme terminal de la pleuro-pneumonie, par WESTBROOK. (*Med. Record*, 9 mars.) — Epanchement pleurétique de 18 mois de durée, ponctions répétées, pleurotomie, guérison, par WEST. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite calculeuse, par GALLIARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 janv.) — De la pleurésie purulente diaphragmatique, par MERKLEN. (*Presse méd.*, 2 fév.) — Sur le traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale, par REY. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 853.) — Considérations sur l'opération de la pleurotomie, par FERRIER. (*Mercredi méd.*, 9 janv.) — Lipothymies graves au cours du traitement consécutif d'une pleurotomie pour pleurésie purulente, guérison, par CLAUDOT. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Résection costale primitive dans la pleurotomie, par BUISSON. (*Ibid.*)

Poumon. — Le pneumocoque, par ROUX. (*Ann. de méd.*, 22 fév.) — Pneumo-bacille et pneumo-bacilline, par ARLOING. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 847.) — Expériences sur le pneumocoque, sur l'immunité, par WASHBOURN. (*Journ. of path. and bact.*, III, 2.) — Discussion sur le pneumocoque. (*London path. Soc.*, 5 fév.) — Le pneumo-bacille de Friedlaender, par BEZANÇON. (*Méd. moderne*, 16 mars.) — Quelques expériences semblant prouver la contagiosité de la pneumonie, par GARBER. (*Americ. med. surg. Bull.* 1er janv.) — Ectopie du poumon, par MORESTIN. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Autopsie des poumons, par LETULLE. (*Presse méd.*, 2 mars.) — Sur la percussion métallique combinée à l'auscultation de l'appareil respiratoire à l'état normal et dans quelques états pathologiques, par LOUIS. (*Thèse de Paris.*) — De la dimension des voies respiratoires dans les premiers moments de la vie, par DOHRN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 1.) — Signes physiques de l'œdème pulmonaire, par GLASGOW. (*Americ. j. of med. sc.*, avril.) — Sur les signes fournis par l'auscultation dans la pneumonie, par BERNHEIM. (*Bull. méd.*, 1er mai.) — Sur les signes fournis par la plessimétrie dans la pneumonie franche, par BERNHEIM. (*Ibid.*, 8 mai.) — Fluxion parotidienne dans la pneumonie, par HOBBS. (*Mercredi méd.*, 6 fév., et *Arch. clin. Bordeaux*, janv.) — Alcool et pneumonie, par POHLMAN. (*Med. News*, 26 janv.) — Des paralysies dans la pneumonie, par BOZZOLO. (*Riforma med.*, 16 janv.) — Néphrite pneumonique ayant précédé la pneumonie, présence du pneumocoque, par CAUSSADE et LEBON. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.) — Paralysie du moteur oculaire externe droit au cours d'une pneumonie franche du sommet gauche, par VOUTE. (*Méd. infant.*, 15 fév.) — Pneumonie avec hyperpyrexie persistante suivie de tétanie, par PAGE. (*Med. News*, 6 avril.) — Le traitement de la pneumonie, par CORIN. (*Mercredi méd.*, 17 avril.) — Traitement du *delirium tremens* dans la pneumonie, par LARROUX. (*Thèse de Paris.*) — Sur le traitement de la pneumonie, par HARE. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Du pneumothorax, par MEUNIER. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Etiologie de la gangrène pulmonaire, par REINBACH. (*Cent. f. allg. Path.*, V, p. 649.) — Des difficultés de diagnostic de la situation exacte d'une cavité pulmonaire, par HARRIS. (*Manchester med. Soc.*, 3 avril.) — Du traitement de la bronchectasie et de la gangrène pulmonaire au moyen de liquides antiseptiques injectés dans le parenchyme et dans les excavations pulmonaires, par ROKITANSKY. (*Gaz. des hôp.*, 2 mai.) — Sur un calcul pulmonaire, par GALIPPE et LE-

TIENNE. (*Soc. de biol.*, 9 fév.) — Coexistence de lésions morbides de la poitrine, par ROBERTS. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Sur le développement des corps amylacés dans le poumon, par HANS KOHN. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 453.) — De la sidérose des poumons, par LANGGUTH. (*Ibid.*, LV, p. 255.) — Lésions pulmonaires chez un gaveur de pigeons, par RÉNON et SERGENT. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — Enchondrome primitif du poumon, par COURMONT. (*Lyon méd.*, 24 fév.)

Poil. — Des causes de l'alopecia areata, par HOLLBORN. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 11.) — Production d'hypertrichose par applications locales, par PAYNE. (*Brit. j. of dermat.*, mars.)

Prostate. — Morphologie de la prostate, par MOULLIN. (*Journ. of anat.*, janv.) — Chirurgie de la prostate, par E. GORDON. (*Dublin Journ.*, 1er fév.) — Hypertrophie énorme des parois vésicales chez un prostatique, par MAUCLAIRE. (*Soc. anat. Paris*, 21 déc. 1894.) — Spasme de l'urètre et rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques, par GUÉPIN. (*Ibid.*, 19 janv.) — Traitement de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curetage de la prostate, par GAUDIER. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — La castration dans l'hypertrophie de la prostate. (*Univ. med. Magazine*, fév.) — Effets de la castration unilatérale sur la prostate, par FENWICK. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — *Idem*, par CLARK. (*Ibid.*, p. 563.) — Effets de l'atrophie unilatérale du testicule sur le volume de la prostate, par BALDWIN. (*Ibid.*, 30 mars.) — Castration pour l'hypertrophie de la prostate, par W. WHITE. — *Idem*, par SWAIN. (*Ibid.*, 5 janv.) — Castration pour hypertrophie de la prostate, par FAULDS. (*Ibid.*, 4 mai.) — De la castration dans l'hypertrophie de la prostate, par WHITE. (*Univ. med. Magazine*, fév.) — Castration double pour hypertrophie de la prostate, par THOMAS. (*Med. News*, p. 18, 5 janv.) — Sept cas de castration double pour hypertrophie de la prostate, par WALKER. (*N. York med. j.*, 20 avril.) — Castration pour hypertrophie de la prostate, par PIERCY. (*Med. Record*, 23 fév.) — Du traitement des accidents graves chez les prostatiques, par COLIN. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, janv.) — Du méat hypogastrique chez les prostatiques, par BAZY. (*Bull. de thér.*, 15 fév.) — De la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques, par TELLIER. (*Gaz. hebd. Paris*, 9 mars.)

Psoriasis. — Note sur le psoriasis palmaire, par PURDON. (*Dublin Journ. of med. sc.*, janv.) — Psoriasis guéri par l'extrait thyroïdien, par WILSON. (*London clin. Soc.*, 8 fév.) — Sur le psoriasis et son traitement, par QUINQUAUD. (*Journ. des Praticiens*, 9, p. 129.)

Psychologie. — La psychologie des foules, par LE BON. (*Rev. scientif.*, 6 avril.) — Théorie physique de la pensée, états de repos et d'activité, par NICATI. (*Soc. de biol.*, 23 mars.) — La crainte de la mort, par FERRERO. (*Rev. scientif.*, 23 mars.)—L'action de l'atropine sur la fréquence du pouls dans les diverses psychopathies, par STEFANI et SCABIA. (*Riv. sper. di freniat.*, XXI, 1.)

Puerpéral. — Quelle est la cause de la fièvre puerpérale? par WINTER. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — La fièvre puerpérale sans localisation, par RAPIN. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — Pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale, par DUBRISAY. (*France méd.*, 19 avril.) — Sur l'étiologie de la paracolpite puerpérale, par HECHT. (*Münch. med. Woch.*, 33, 1894.) — Des polyarthrites pelviennes dans la puerpéralité, par CUBERTAFON. (*Thèse de

Paris.) — Traitement de l'infection puerpérale, par Tarnier. (*Bull. méd.*, 27 janv.) — Traitement local de la fièvre puerpérale, par Cullingworth. (*Practitioner*, avril.) — Essai d'application de la sérumthérapie au traitement de la fièvre puerpérale, par Charrin et Roger. (*Soc. de biol.*, 23 fév.) — Un cas de septicémie puerpérale traité par le sérum antistreptococcique, par Josué et Hermary. (*Ibid.*, 4 mai.) — De l'action favorable des bains froids dans la septicémie puerpérale, par Voyer. (*Thèse de Paris.*) — Septicémie puerpérale et bains froids, par Macé. (*Journ. de méd. Paris*, 24 fév.) — Quand doit-on faire la céliotomie dans la septicémie puerpérale ? par Davis. (*Americ. j. of obs.*, fév.) — De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales, par Wintrebert. (*Thèse de Paris.*)

Purpura. — La maladie de Werlhof, forme chronique de l'affection, par Marfan. (*Méd. moderne*, 13 avril.) — Purpura infectieux, par Mouisset et Lyonnet. (*Province méd.*, 5 janv.)

Pyohémie. — Injections intra-veineuses de sublimé dans la septico-pyohémie, par Desguin. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, fév.)

Quinine. — Histoire pharmacologique des sels de quinine, par Patein. (*Rev. int. de thérap.*, 13 fév.) — Analyse des écorces de quinquinas, par Durand. (*Arch. de méd. nav.*, avril.) — Action de la quinine sur l'isotonie et le nombre des corpuscules rouges du sang, par Feletti. (*Riforma med.*, 5 janv.) — Note sur les injections hypodermiques de quinine, par Kelsch. (*Arch. de méd. milit.*, fév.) — Idiosyncrasie quinique avec manifestations cutanées particulières, par Allen. (*Med. Record*, 26 janv.)

R

Rachis. — Des affections traumatiques du rachis, par Kuemmell. (*Deut. med. Woch.*, 14 mars.) — Blessures du rachis et de la moelle, par Denys. (*Ann. of Surg.*, mars.) — Fracture du rachis au niveau de la 5e cervicale, écrasement de la moelle, hyperthermie, congestion pulmonaire aiguë, par Tuffier et Labbé. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — De la scoliose, par Heath. (*Brit. med., j.*, 16 mars.) — Cyphose rhumatismale, par Allemand. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Des déviations latérales du rachis dans le mal de Pott et de leur valeur symptomatique, par Badin. (*Thèse de Bordeaux.*) — Une variété anormale de paraplégie pottique, début subit sans symptômes rachidiens, par Chipault. (*Méd. moderne*, 9 fév.) — Observation de mal de Pott avec symptômes nerveux rares, par Hubbard. (*Med. News*, 23 fév.) — De la paraplégie dans le mal de Pott, par Forissier. (*Thèse de Lyon.*) — Mal de Pott dorso-lombaire ayant amené des déviations aortiques considérables, mort par tuberculose cérébrale avec cécité, par Bouchacourt. (*Soc. anat. Paris*, 1er mars.) — Histoire du traitement de la spondylite et de la scoliose par la suspension partielle et le bandage de plâtre, par Sayre. (*N.-York. med. j.*, 16 mars.) — Sur l'usage du corset de Sayre, par Phelps. (*Americ. Med. Surg. Bull.*, 1er fév.) — Mal de Pott cervical, guérison par la minerve plâtrée, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 10 fév.) — Traitement mécanique du mal de Pott, par Schapps. (*N.-York med. j.*, 23 mars.) —

Méthode nouvelle et appareil pour l'application du bandage plâtré dans le mal de Pott, par Taylor. (*Med. News*, 23 mars.) — L'orthopédie vertébrale opératoire, ligature et suture des vertèbres, 2 observations, par Chipault. (*Méd. moderne*, 9 mars.) — Transversectomie pour paraplégie dans le mal de Pott, par Deschamps. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Incision et lambeau dans la laminectomie et les kystes sous-cutanés, par Golding Bird. (*Brit. med. j.*, 5 janv.) — Trois cas de laminectomie, par Stillmann. (*Occidental med. Times*, oct. 1894.) — Laminectomie pour paraplégie complète par courbure angulaire du rachis, par Gray. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Sur la ponction de Quincke, par Weill. (*Lyon méd.*, 17 mars.)

Rachitisme. — Le scorbut des rachitiques, par Marfan. (*Bull. méd.*, 23 janv.)

Rage. — La rage dans les pays tropicaux, par d'Herlinville. (*Thèse de Paris.*) — Sur la structure et le fonctionnement du système nerveux dans la rage paralytique du lapin, par Létinais. (*Thèse de Bordeaux.*) — Cas de rage, par Lodge. (*Lancet*, 9 fév.) — Les vaccinations antirabiques pratiquées à Saïgon de 1893 à 1894, par Pineau. (*Arch. de méd. nav.*, fév.) — Résultats des inoculations antirabiques des Instituts russes, par Wilke. (*Hyg. Rundsch*, IV, 920.)

Rate. — De la rate dans les maladies infectieuses, par Bezançon. (*Thèse de Paris.*) — La rate comme bactéricide, par Upson. (*Med. News*, 6 avril.) — Du souffle splénique, par Fedeli. (*Riforma med.*, 14 janv.) — La splénomégalie avec cirrhose hépatique, par Banti. (*Speriment.*, XLVIII, 5 et 6.) Splénectomie pour une énorme tumeur malarienne, mort 2 mois après, par Alevoli. (*Riforma med.*, 11 janv.)

Rectum. — Résultats immédiats et éloignés des divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum, par Lachowski. (*Thèse de Paris.*) — Nature des rétrécissements dits syphilitiques du rectum par rectite sténosante, par Hartmann et Toupet. (*Semaine méd.*, 27 mars.) — Anatomie pathologique des rétrécissements du rectum, par Hartmann et Toupet. (*Soc. anat. Paris*, 28 déc. 1894.) — Rétrécissements tuberculeux du rectum à forme cylindrique et annulaire, par Sourdille. (*Ibid.*) — Rétrécissements cylindriques du rectum d'origine tuberculeuse, par Sourdille. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Prolapsus rectal, rectopexie postérieure avec perinéorraphie et avancement de l'anus, par Latouche. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 3.) — Quelques remarques sur l'historique primitif des affections du rectum, par Gant. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 fév.) — Un cas de polype fibreux du rectum, par Kemper et Cowing. (*Ibid.*, 2 fév.) — Résultats de la résection du rectum, par Micheli. (*Riforma med.*, 23 fév.) — Tumeur du rectum, extirpation par la voie sacrée, par Mazzoni. (*Soc. Lancisiana Osp. Roma*, 16 fév.) — Extirpation totale du rectum, par Vanderlinden et de Buck. (*Flandre méd.*, 7 mars.) — De la résection vaginale du rectum, par Rehn. (*Cent. f. Chir.*, 9 mars.) — De l'excision du rectum, 14 cas, par Paul. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — Contribution à la casuistique (5 cas) de l'extirpation du rectum, par la voie sacrée, par v. Stubenrauch. (*Münch. med. Woch.*, p. 701 et 723, 1894.)

Réflexe. — L'irritation réflexe cause de maladies, par E. Walker. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 2 fév.) — Des réflexes pharyngiens à l'état normal et dans l'hystérie, par Bircks. (*Thèse de Bonn.*)

Rein. — Anomalie rénale, variété de rein en fer à cheval, par Pochon. (*Soc.

anat. Paris, 22 fév.) — Des fonctions du rein, action des diurétiques, par v. Sobieranski. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3.) — Symphise congénitale des deux reins par fusion primitive des deux corps de Wolff, par Reynès. (*Journ. des conn. méd.*, 14 mars.) — Des conséquences de l'injection de parasites vivants et morts dans le bassinet, par Schnitzler et Savor. (*Fortschr. der Med.*, XII, p. 893.) — Néphrite aiguë grave produite par une infection staphylococcique consécutive à deux petites plaies cutanées, par Sacaze. (*Rev. de méd.*, fév.) — Réflexions et observations pour servir à l'histoire du mal de Bright sans albuminurie, par Marion. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Analyse des cendres de sérosité sous-cutanée dans un cas de mal de Bright, par Marty. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.) — Cancer latent du col utérin, envahissement des deux uretères, atrophie rénale consécutive évoluant avec les signes de la néphrite interstitielle, par Péron. (*Soc. anat. Paris*, 25 janv.) — Considérations cliniques sur la connaissance de la néphrite chronique, par Ziemssen. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 1.) — Des ulcères tuberculeux du bassinet, par Thorel. (*Ibid.*, LV, p. 449.) — Sur un cas d'hémosphérinurie provoquée par la quinine et suivie d'une néphrite albumineuse aiguë, par Kanellis. (*Bull. de thérap.*, 30 janv.) — Nouvelle contribution expérimentale à l'étude de la pathogénie dyscrasique ou hématogène de l'albuminurie brightique, par Semmola. (*Wiener med. Blätter*, 3 et 4.) — Troubles gastriques dans les maladies du rein, par Jones. (*N.-York med. j.*, 19 janv.) — Quelques remarques sur les pyonéphroses, par Guyon. (*Ann. mal. des org. gén. urin.*, janv.) — Sur deux cas d'abcès périnéphrétique, par Felice d'Alessandro. (*Progresso medico*, 3.) — De la tuberculose rénale primitive, par A. Pousson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mars.) — Notes sur un cas de tuberculose rénale, par Wolcott. (*Boston med. Journ.*, 7 fév.) — Un cas de dégénérescence kystique rénale unilatérale compliquée de péritonite tuberculeuse, par A. Clarke. (*Ibid.*, 3 janv.) — Traitement de l'albuminurie chronique par l'extrait rénal, par Donovan. (*Brit. med. j.*, 5 janv.) — Observation de chirurgie du rein, par Thornton. (*Lancet*, 26 janv.) — Observation de chirurgie rénale, par Stokes. (*Brit. med. j.*, 20 avril.) — Contribution à la pathologie et à la thérapeutique chirurgicale des maladies du rein, par Graser. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 465.) — Plaie de la surface péritonéale du rein, par Taylor. (*Med. News*, 13 avril.) — Epanchements uro-hématuriques périrénaux suite de contusions du rein, par Tuffier. (*Presse méd.*, 27 avril.) — Des épanchements uro-hématiques périrénaux à la suite de contusions du rein, par Tuffier et Levi. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Néphrectomie pour rupture du rein, par Kammerer. (*N.-York Acad. of med.*, 11 mars.) — Maladie kystique des reins, par Gallois. (*Bull. méd.*, 27 janv.) — Dégénérescence kystique du foie et des reins, artério-sclérose et hypertrophie du cœur, urémie, par Demantké et Fournier. (*Soc. anat. Paris*, 22 fév.) — Kyste hématique volumineux de la capsule surrénale, par Routier. (*Bull. soc. de Chir.*, XX, p. 813.) — Tuberculose rénale, hématurie, néphrectomie, guérison, par Routier. (*Ibid.*, XXI, p. 148.) — Hydro-pyonéphrose, tumeur de 40 livres, par Johnson. (*Med. News*, 16 fév.) — Hydronéphrose consécutive à un prolapsus ancien et total de l'utérus, par Levi. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.) — Du rein flottant et de la néphrorraphie, par Edebohls. (*Americ j. of obst.*, fév.) — Fréquence du rein flottant, par Tidey. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Trente cas de rein flottant traités par opérations, résultats, par Clarke. (*Ibid.*, 16 mars.) — Hydronéphrose, distension de l'abdomen, évacuation spontanée, guérison, par Buchanan. (*Ibid.*, 2 mars.) — Néphroptose : causes, traitement, relations avec certains symptômes obscurs chez les femmes ; relation de 17 cas, par Stewart. (*Med. Record.*, 9 fév.) — Calculs, fistules et rétrécissements de la portion lombo-iliaque de l'uretère, par Al-

BARRAN. (*Ann. org. mal. gén. urin.*, mars.) — Néphropexie tendineuse, par VULLIET. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — Pyélonéphrite suppurée datant de 10 ans, d'origine typhique, néphrotomie suivie de néphrectomie, par FOLLET. (*Soc. anat. Paris*, 11 janv.) — Néphrolithotomie et néphrectomie dans les calculs ramifiés des reins, par DURET. (*Bull. méd.*, 20 mars.) — Traitement des calculs du rein, par DANDOIS. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 2.) — Un cas de calculs du rein avec hydronéphrose, par PRESCOTT. (*Boston med. j.*, 28 fév.) — Adéno-épithéliome hémorragique du rein droit, néphrectomie partielle, guérison, par LEVI et CLAUDE. (*Soc. anat. Paris*, 15 mars.) — Néphrectomie, guérison, par MC NICOLL. (*Brit. med. j.*, 20 avril.) — De la chirurgie de l'uretère, par GLANTENAY. (*Thèse de Paris.*) — De la lésion des uretères dans les opérations abdominales, par EMMET. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Cathétérisme des uretères, par BROWN. (*John Hopkins hosp. bull.*, janv.) — Du cathétérisme de l'uretère chez l'homme, par NITZE. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 mars.) — Implantation des uretères dans la vessie, par WESTERMARK. (*Ibid.*, 16 fév.) — Un cas d'uretérite suivi d'abcès dans l'espace prévésical de Retzius, par E. SNYERS. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Cancer de l'uretère, par VOELCKER. (*London path. Soc.*, 2 avril.) — Sur les capsules surrénales, par ROLLESTON. (*Brit. med. j.*, 23 mars.) — Sur les fonctions des capsules surrénales, par ABELOUS et LANGLOIS. (*Soc. de biol.*, 4 mai.) — Résistance à la fatigue de 11 rats décapsulés depuis 5 et 6 mois, par BOINET. (*Ibid.*, 6 avril.) — Sur la résistance à la fatigue de rats décapsulés depuis longtemps par BOINET. (*Ibid.*, 27 avril.) — Recherches expérimentales sur les capsules surrénales, par BOINET. (*Marseille méd.*, 1er janv.) — Kyste hématique de la capsule surrénale, par FLOERSHEIM et OUVRY. (*Soc. anat. Paris*, 1er fév.) — Capsules surrénales adhérentes au rein, continuité directe avec la substance du rein, par WEINBERG. (*Ibid.*)

Résection. — Un cas de résection du poignet, par GUILLEMIN. (*Arch. de méd. mil.*, janv.) — De la résection du coude dans l'ankylose traumatique, par GAY. (*Thèse de Paris.*) — De la résection pathologique de la hanche, 52 observations, par VINCENT. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 5.) — Deux cas de résection du genou, par d'AMBROSIO. (*Riforma med.*, 12 janv.) — Résection orthopédique du genou pour un cal vicieux de la portion articulaire du fémur à la suite d'une fracture méconnue ayant surtout intéressé le condyle externe, par SCHWARTZ. (*Rev. d'orthop.*, 1er janv.) — Nouveau procédé de résection du genou, par SEVEREANO. (*Rev. de chir.*, janv.) — De la résection du genou par une nouvelle méthode, par Leroy MC CURDY. (*Amer. med. surg. Bull.*, 15 fév.)

Respiration. — Nouvelles recherches sur les variations corrélatives de l'intensité de la thermogenèse et des échanges respiratoires, par LAULANIÉ. (*Acad. des Sc.*, 25 fév.) — De l'influence de tension de l'oxygène sur l'hématopoïèse et sur les combustions respiratoires, par SELLIER. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'exploration du chimisme respiratoire, par LAULANIÉ. (*Soc. de biol.*, 9 fév.) — Du mécanisme nerveux de la respiration, par SPENCER. (*Lancet*, 23 fév.) — Traitement de la dyspnée ptomaïnique nocturne, par HUCHARD. (*Journ. des Praticiens*, 10, p. 145.)

Rétine. — Les cataractes symptomatiques du décollement de la rétine, par PANAS. (*Jour. de méd. Paris*, 3 mars.) — Des hémorragies de la rétine étude étiologique, par VALUDE. (*Méd. moderne*, 24 avril.) — Décollement de la rétine, mal de Bright, par WEST. (*London clin. Soc.*, 25 janv.) — Ischémie rétinienne et atrophie optique survenues à la suite d'un traumatisme cardiaque, par VALUDE. (*Ann. d'ocul.*, avril.)

Rhumatisme. — Histoire naturelle et affinités de la fièvre rhumatismale, par NEWSHOLME. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — Rôle de la grippe dans l'étiologie du rhumatisme articulaire aiguë, par WEBER. (*Soc. de thérap.*, 15 fév.) — Les rhumatismes déformants, par MARIE. (*Tribune méd.*, 9 janv.) — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et en particulier du rhumatisme cervical, par MARFAN. (*Journ. des Praticiens*, 13.) — Sur un cas de myocardite d'origine rhumatismale chez l'enfant, par WEILL et BARJON. (*Arch. de path. exp.*, VII, 2.) — De l'arthrite chronique rhumatoïde; de la nomenclature des maladies, par EVANS. (*Americ. med. Bull.*, 1er mars,) — Administration des salicylates dans le rhumatisme aigu, par LATHAM. (*Med. Magazine*, mars.)

Rouget. — Etude de la swine plague, du hog choléra et de la pneumo-entérite des porcs, par SILBERSCHMIDT (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 2.) — Inoculations préventives contre le rouget du porc, par ROUX (de Milan). (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 849.)

S

Salive. — Du chimisme salivaire, par GAUTRAND. (*Thèse de Lyon.*) — La perméabilité rénale et son influence sur l'élimination salivaire, par NOÉ. (*Soc. de biol.*, 9 fév.) — Calcul salivaire, symptômes rares, par SHEILD. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres, par COLLET. (*Thèse de Paris.*) — Extirpation d'une tumeur parotidienne, persistance d'une fistule salivaire, par LAWRENCE. (*Lancet*, 23 fév.)

Sang. — Sur le développement des vaisseaux et du sang dans le grand épiploon du lapin, par FRANÇOIS. (*Arch. de biol.*, XIII, 4.) — De la première origine du sang et des capillaires sanguins dans l'aire vasculaire du lapin, par VAN DER STRICHT. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Les premières recherches sur la résistance des globules rouges du sang, par MALASSEZ. (*Ibid.*, 12 jan.) — Recherches hématologiques, par BOTTAZZI. (*Sperim.*, XLVIII, 5 et 6.) — Influence de la fatigue musculaire et de la cocaïne sur la résistance des globules rouges du sang, par MANCA. (*Ibid.*) — Supplément à l'étude de l'hématologie, par WERNICKI. (19 p., *Lemberg.*) — De la présence des microbes dans le sang de la circulation générale chez le chien, par PORCHER et DESOUBRY. (*Soc. de biol.*, 4 mai.) — Glycogène dans le sang chez les animaux normaux et diabétiques, par KAUFMANN. (*Ibid.*, 9 mars.) — Action du sérum sanguin sur la matière glycogène et la maltose, par BOURQUELOT et GLEY. (*Ibid.*, 30 mars.) — Valeur et méthode des mensurations cliniques de la pression sanguine, par ZIEMSSEN. (*Münch. med. Woch.*, p. 841, 1894.) — Preuves casuistiques de l'utilité de la mesure de la pression sanguine dans la pratique, par S. v. BASCH. (*Wiener med. Blœtter*, 9 et 10.) — Physiopathologie du sang, biologie des plaquettes, théorie de la coagulation, par PETRONE. (*Riforma med.*, 6 fév.) — Etude de la nécrose de coagulation, par AUFRECHT. (*Cent. f. inn. Med.*, 9.) — Influence des injections intra-veineuses de peptone sur la coagulabilité du sang chez le chien, par CONTEJEAN. (*Soc. de biol.*, 9 fév. et *Arch. de phys.*, VII, 2.) — Etat du sang dans la cyanose par affection congénitale du cœur, par GIBSON. (*Lancet*, 5 janv.)

— Modifications du sang dans la cyanose chronique, par VAQUEZ. (*Soc. de biol.*, 3 mars.) — Influence des altitudes sur le sang, par FODERA. (*Arch. di farmac. e terapeut.*, 1, p. 32.) — Toxicité du sérum sanguin des exsudats et de l'urine, par CASTELLINO. (*Morgagni*, janv.) — Sur la présence du glycogène dans le plasma sanguin, par KAUFMANN. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — Action du mercure sur le sang, par KOBERT. (*Arch. f. Derm.*, XXXI, 1.) — Hypoleucocytose toxique, par EWING. (*N.-York med. j.*, 2 mars.) — Sur les hématozoaires des ophidiens du haut Tonkin, par BILLET. (*Soc. de biol.*, 19 janv.) — Maladies du sang et maladies infectieuses, par PRIBRAM. (*Prager med. Woch.*, 5.)

Sarcome. — Origine et division des noyaux bourgeonnants des cellules géantes sarcomateuses, par VAN DER STRICHT et WALTON. (*Acad. des sc.*, 25 mars.) — Un cas de sarcomatose diffuse, par GAROFALO. (*Riforma med.*, 25 janv.) — Sarcome fasciculé de la nuque, ablation, récidive in situ, nouvelle ablation, récidive à distance au niveau d'une cicatrice vaccinale, par MERMET. (*Soc. anat. Paris*, 5 avril.) — Cysto-sarcome du bras droit, par AUVRAY et PILLIET. (*Ibid.*, 15 fév.) — Traitement d'un cas de sarcome par la sérothérapie, par HÉRICOURT et RICHET. (*Acad. des sc.*, 29 avril.)

Saturnisme. — Des manifestations parotidiennes du saturnisme, par THIELEMANS. (*Thèse de Paris.*) — Convulsions saturnines, 16 cas, par STEWART. (*Americ j. med. sc.*, mars). — Hystéro-saturnisme et paralysie, par SOUPAULT et RAMOND. (*Méd. moderne*, 16 fév.)

Scarlatine. — La scarlatine et l'infection streptococcique, par ENGELMANN. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mars.) — Epidémie ayant les caractères de la scarlatine et de la diphtérie, par RICHMOND. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Quelques cas de scarlatine ; contagion et prophylaxie, par HOLYOKE. (*Boston med. Journ.*, 10 janv.) — Scarlatine et rougeole simultanées, par GORDINIER. (*Med. News*, 2 fév.) — *Idem.*, par HIMMELSBACH. (*Ibid.*, 19 janv.) Œdème de la paupière supérieure dans la scarlatine, par PHILLIPS. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Scarlatine, compliquée d'abcès de la paupière droite, du tibia, de broncho-pneumonie, guérison, par JACKSON. (*Ibid.*, 23 mars.) — La néphrite scarlatineuse, par DE GRANDMAISON. (*Méd. moderne*, 17 avril.) — Gangrène pulmonaire dans la scarlatine, par RICHARDIÈRE. (*Union méd.*, 26 janv.) — Traitement de la scarlatine, par QUIOC. (*Bourgogne méd.*, 1er déc.) — Valeur de l'essence d'eucalyptus comme désinfectant dans la scarlatine, par PRIESTLEY. (*Lancet*, 6 avril.)

Sclérodermie. — Sclérodermie aiguë diffuse chez un enfant de deux ans et trois mois, amélioration par l'administration de glande thyroïde desséchée, par MARSH. (*Med. News*, 20 avril.) — Anatomie pathologique de la scléro-dactylie, sclérodermie des extrémités, par WOLTERS. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 3.) — Sclérodermie en bande limitée à la sphère de distribution du brachial cutané interne, par HALLOPEAU. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Sclérème des nouveau-nés, guérison, par GARROD. (*Lancet*, 4 mai.)

Sclérotique. — De la sclérite rhumatismale diffuse, par LARGEAU. (*Thèse de Paris.*)

Scrofule. — De la nature des maladies dites scrofuleuses des yeux, du nez, des oreilles et du pharynx et de leur traitement au bord de la mer, par PIERRE. (*Thèse de Paris.*)

Septicémie. — Du vibrion septique, par Besson. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 3.) — Considérations générales sur les septicémies hémorragiques, par Nocard et Leclainche. (*Méd. moderne*, 23 janv.) — La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire, par Jayle. (*Thèse de Paris.*)

Séreuse. — Sur les cavités séreuses, par Byron Robinson. (*Med. Record*, 9 mars.)

Sérothérapie. — Un mot sur l'origine de la sérumthérapie, par Arloing. (*Lyon méd.*, 10 mars.) — Sérothérapie et antitoxines, par Krieger. (*Chicago.*) — Des méthodes de traitement par l'immunisation et de la sérumthérapie, par Fischl. (*Prager med. Woch.*, 1 à 4.)

Serpent. — Variations de virulence du venin de vipère, par Phisalix et Bertrand. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Sur les effets de l'ablation des glandes venimeuses chez la vipère, au point de vue de la sécrétion interne, par Phisalix et Bertrand. (*Ibid.*, VII, 1.)

Sommeil. — Insomnie en chirurgie, son traitement, par van Schaick. (*N. York med. j.*, 2 mars.) — Théorie mécanique de la paralysie hystérique, du somnambulisme, du sommeil naturel et de la distraction, par Lépine, réponse de Duval. (*Soc. de biol.*, 9 fév.)

Spina bifida. — Un cas de spina bifida de la région sacro-coccygienne, par Vaton. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 10 mars.) — Spina bifida guéri par l'excision du sac, par Young. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Intervention chirurgical dans le spina bifida, par Marcy. (*Ann. of surg.*, mars.)

Strabisme. — Etiologie et traitement du strabisme interne, par Hansell. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 16 fév.) — Théorie du strabisme, par Hansen-Grut. (*Arch. of opht.*, XXIV, 1.) — Résultats des opérations de strabisme, par Schweigger. (*Ibid.*). — Du strabisme vertical alternant et des déviations symétriques verticales moins prononcées que le strabisme, par Stevens. (*Ann. d'ocul.*, avril.) — Diagnostic et traitement du strabisme, par Valude. (*Uuion méd.*, 26 janv.)

Sucre. — Une expérience à propos du glycogène, par Richet. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — La formation du glycogène dans l'organisme, par Kaufmann. (*Ibid.*)—Sur la doctrine du glycogène fixe, non circulant, par Dastre. (*Ibid.*) — Du pouvoir réducteur des sucres physiologiques, par Bonnans. (*Thèse de Bordeaux.)*

Suette. — De la suette miliaire, une forme nerveuse avec contractures tétaniformes généralisées, par Pradère. (*Thèse de Paris.*)

Sueur. — Les sueurs nocturnes chez les phtisiques, par v. Limbeck. (*Prager med. Woch*, 29 nov. 1894.)

Surdi-mutité. — La méthode auriculaire dans l'enseignement des sourds-muets, par Boyer. (*La Voix*, janv.) — L'éducation physique des enfants sourds-muets, jusqu'à l'âge de 7 ans, par H. Gutzmann. (*Deut. Viert. f. œff. Gesund.*, XXVIII, p. 276.)— A propos de la surdi-mutité, par Szenes. (*66e réun. des nat. allem.; Ann. mal. de l'or.*, janv.)

Syphilis. — La syphilis et les maladies vénériennes, par Finger, traduct. de

Doyon et Spillmann. (In-8°, 368 p., *Paris.*) — De la syphilis conceptionnelle, par Richard d'Aulnay. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Quelques questions sur la transmission héréditaire de la syphilis, par von Duering. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 5.) — Hérédité vésanique et syphilis acquise, par Garnier. (*Bourgogne méd.*, 1er déc.) — Syphilis acquise chez l'enfant, par Fisher. (*Lancet*, 16 fév.) — Observation d'une famille de syphilitiques, par Rolland. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 fév.) — Syphilis héréditaire, déformations craniennes, ostéopériostite du tibia, par Feulard. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 mars.) — Syphilis acquise dans la première enfance, infantilisme consécutif, par Eudlitz. (*Ibid.*, 10 janv.) — Syphilis héréditaire tardive, par Eudlitz. (*Ibid.*) — *Idem*, par Spillmann et Étienne. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er janv.) — Nouveaux faits de syphilis par tatouage, par Bergasse. (*Arch. de méd. mil.*, mars.) — Du chancre syphilitique, par Beaudoin. (*Ann. de méd.*, 15 et 16.) — Localisations rares du chancre, recherches sur le début extra-génital de la syphilis, par Berliner. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 7.) — Chancres syphilitiques des narines, par Mendel. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 mars.) — Chancre syphilitique de la souscloison du nez, par Eudlitz. — Chancres syphilitiques multiples de la lèvre et de la langue, par le même. (*Ibid.*, 14 fév.) — Le chancre de l'œil, par A. Fournier. (*Bull. méd.*, 31 mars.) — Chancre induré de la paupière inférieure, par Danlos. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Etiologie et différentes formes cliniques des chancres de la face, par Fournier. (*Journ. de méd. Paris*, 17 fév.) — Des manifestations prolongées de la syphilis secondaire au point de vue du diagnostic, par Renault. (*Journ. des pratic.*, 15.) — Tertiarisme, pathologie et thérapeutique generales, par Mauriac. (*Bull. méd.*, 13 mars.) — Quelques cas de syphilis maligne, par Schischa. (*Wiener med. Woch.*, mars.) — Signification et pronostic de l'adénopathie syphilitique à la période secondaire, par Augagneur. (*Soc. franç. de derm.* 14 fév.) — Du bubon syphilitique, par Koch. (*Arch. f. Dermat.*, XXX, 3. — De la syphilis du système nerveux, par Mickle. (*Brain*, n° 69.) — Deux cas de syphilis avec manifestation nerveuse précoce, par Lee et Shaw-Mackenzie. (*Lancet*, 20 avril.) — Syphilis du cerveau, 7 cas, par Diller. (*Med. News*, 19 janv.) — Des affections oculaires dans la syphilis cérébrale, 5 cas, par Zimmermann. (*Arch. of opht.*, XXIV, 1.) — Syphilis et alcoolisme du cerveau, de la moelle et des nerfs, par Eskridge. (*Med. News*, 6 avril.) — Maladies nerveuses et syphilis au début, par Lydston. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 fév.) — Syphilis grave du crâne, par Schwalbe. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Un cas de gomme du cerveau, par Brower et Bishop. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mars.) — Syphilome du chiasma optique produisant une hémianopsie temporale bilatérale, par Nammack. (*Med. Record*, 9 fév.) — La syphilis dans l'étiologie de l'ataxie aiguë, par Mc Gregor. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Un cas de nervo-tabes syphilitique, par L.-O. Darkchewitch. (*Wratch*, 19 janv.) — Un cas de paralysie spinale syphilitique, par Reiner. (*Wiener med. Woch.*, 9 mars.) — Névrite syphilitique du cubital, par Gaucher et Barbe. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Affections nerveuses à la période secondaire de la syphilis, par Hutchinson. (*Royal med. and chir. soc.*, 26 fév.) — Trois cas de pleurésie au cours de la syphilis secondaire, par Le Damany. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 avril.) — Phlébite et myosite syphilitiques, par Mendel. (*Soc. franç. de dermat.*, 10 janv.) — Ouverture de la veine innominée par une gomme ramollie, par Stöcklin. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LV, p. 146.) — La syphilis du nez et du cou, par Gerber. (73 p. *Berlin.*) — Syphilides nasales végétantes à la période secondaire de la syphilis, par Ripault. (*Ann. mal. de l'or.*, mars.) — Sur les affections syphilitiques de l'œil, par Alexander. (In-8°, 80 p., *Wiesbade.*) — De la kératite

interstitielle dans la syphilis acquise, par Millié. (*France méd.*, 22 mars.) — De la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, par Trousseau. (*Ann. de dermat.*, VI, 3.) — De la kératite hérédo-syphilitique tardive, par Chevallereau. (*France méd.*, 3 mai.) — Des accidents syphilitiques tertiaires de l'œil, leur traitement, par Galezowski. (*Soc. franç. de dermatol.*, 14 fév.) — Exophtalmie due à un syphilome de la fosse ptérigo-palatine, par C. Hennebert et H. Coppez. (*Ann. de dermat.*, VI, 3.) — Syphilide de la paupière, par Bernarbeig et Dubarry. (*Journ. des Prat.*, 13.) — Syphilome avec tuméfaction de la lèvre inférieure, par Hallopeau (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.) — De la mastite syphilitique diffuse chez l'homme, par Rouanet. (*Mercredi méd.*, 13 fév.) — Un cas de pancréatite syphilitique indurée et gommeuse acquise, par Schlagenhaufer. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 1.) — Syphilis avec syndrome adisonien, par Sacaze. (*Gaz. des hôp.*, 15 janv.) — De l'ictère syphilitique par M. Otto. (*Thèse Kiel*, 1894.) — Syphilis lichénoïde, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 fév.) — Acné syphilitique, par G. Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 nov. 1894.) — Folliculite destructive du cuir chevelu chez un syphilitique héréditaire, par Payne. (*Brit. j. of dermat.*, avril.) — Syphilis tardive avec lésions anormales de la peau, par Cantrell. (*Med. News*, 2 fév.) — Eruption dans le cours de la syphilis, par Jullien. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Evolution rapide d'une gomme syphilitique ayant entraîné la mort en 36 heures, par Bouffé. (*Journ. de méd. Paris*, 31 mars.) — Un cas de condylomes aigus volumineux chez une jeune fille, par P. Frolow. (*Vratch*, 12 janv.) — Le traitement local dans la syphilis, par P. Raymond. (*Méd. moderne*, 3 avril.) — De l'excision du chancre primitif, par Finger. (*Wiener med. Presse*, 13 janv.) — Sérothérapie dans la syphilis par Héricourt et Richet. (*Soc. de biol.*, 12 janv.) — *Idem*, par Triboulet. (*Ibid.*) — Premiers résultats du traitement sérothérapique dans un cas de tabes au début, chez une ancienne syphilitique, par Héricourt. (*Ibid.*) — Sérothérapie dans la syphilis, par Héricourt et Richet. (*Ibid.*, 6 avril.) — Ulcérations gommeuses de la jambe, guéries par le sérum antisyphilitique, par Blum et Mouchet. (*Ibid.*) — Premiers essais de sérothérapie dans la syphilis, par Bayet. (*Journ. des mal. cut.*, mars.) — De l'état actuel des tentatives de sérumthérapie de la syphilis, par Spiegler. (*Wiener med. Blætter*, 11.) — Traitement de la syphilis par sérum sanguin immunisé, par Maxwell. (*Americ Med. Surg. Bull.*, 15 janv.) — Du traitement de la syphilis par le mercure à hautes doses, par Ziemssen. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Les préparations d'or dans les maladies cutanées et la syphilis, par Ohmann-Dumesnil. (*N.-York med. j.*, 2 fév.) — Le phénate d'hydrargyre dans le traitement de la syphilis, par Mayer. (*Marseille méd.*, 15 mars.) — Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de chlorure mercurique, par Pyle. (*Med. News*, 23 fév.) — Sur le traitement de la syphilis oculaire par les injections intra-musculaires d'huile biiodurée, par Gabrielides. (*France méd.*, 25 janv.) — Traitement de la syphilis nasale tertiaire, par Lermoyez. (*Presse méd.*, 13 avril.)

T

Teigne. — Anatomie du favus, par Waelsch. — La question du favus, par Quincke — *Idem*, par Pick. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 1.) — Biologie des organismes de la teigne, par Macfadyen. (*Journ. of path. and bact.*, III, 2.)

— Salol dans le sycosis non parasitaire, par Cantrell. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Sur une épidémie de trichophytie unguéale, par Foutrein. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur un cas de tricophytie du cuir chevelu et des ongles, par W. Dubreuilh. (*Journ. méd. Bordeaux*, 3 mars.)

Température. — Deux nouvelles propositions sur la thermogenèse, par Lefèvre. (*Soc. de biol.*, 9 mars.)

Tendon. — Sur le développement des cavités closes tendineuses et des bourses muqueuses, par Retterer. (*Soc. de biol.*, 2 fév.) — Fibro-sarcome de la gaine du long péronier latéral à la plante du pied, par Broca. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 50.) — Sur la suture latérale des tendons, par Rotter. (*Münch. med. Woch.*, 30, 1894.) — De l'utilité de la ténorraphie dans les interventions pour synovites fongueuses tendineuses, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 27 janv.)

Ténia. — De l'identité du ténia de Brandt Cholodkowsky avec le ténia de Giard Moniez et le ténia ovilla rivolta, par Wardell Stiles. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 7 et 8.) — Note relative à ce travail, par Cholodkowsky. (*Ibid.*)

Testicule. — Leçons sur le testicule, par Griffiths. (*Lancet*, 30 mars.) — Lavage de la vaginale pour le traitement de l'hydrocèle chronique, par Riva. (*Morgagni*, fév.) — Sept cas de varicocèle traités par l'incision, la ligature des veines, le raccourcissement du scrotum, par Parker. (*Med. News*, 23 mars.) — Orchialgie parasyphilitique bilatérale, guérison par l'extirpation des vaginales, par Rollet. (*Soc. franç. de dermat.*, 14 mars.) — Traitement de l'hydrocèle par l'acide phénique, par Kops. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, fév.) — Sur la migration des testicules, par Soulié. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — Traitement de l'ectopie testiculaire, par Bernis. (*Thèse de Paris.*) — Atrophie testiculaire double, par A. Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 fév.) — De l'enchondrome du testicule, par Mohr. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII.) — Cancer du testicule, par Labbé. (*Soc. anatomique Paris*, 22 fév.) — Du cancer du testicule ectopié, par Wisnet. (*Thèse de Paris.*)

Tétanie. — Deux cas de tétanie de la grossesse, par Neumann. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 3.) — De la tétanie, par v. Bechterew. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 5 et 6.) — Tétanie en Amérique, 5 cas, par Griffith. (*Americ. j. of med. sc.*, fév.) — De la guérison de la tétanie, par Gottstein. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 3 et 4.) — Caractères des urines dans la tétanie infantile, par Oddo et Sarles. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Tétanos. — Recherches expérimentales sur le tétanos, par Beck. (*Zeit. f. Hyg.*, XIX, 3.) — Sur le mécanisme des contractures du tétanos, par Courmont et Doyon. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Tétanos consécutif à une plaie pénétrante de l'œil, par Fromaget et Cabannes. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 27 janv.) — Observation de tétanos, par Meirowitz. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Tétanos de Rose, par Bidon. (*Marseille méd.*, 1er fév.) — Antitoxine tétanique, mode de préparation, propriétés, par Hewlett. (*Brit. med. j.*, 2 mars.) — Tétanos traité par l'antitoxine, par Marriott. (*Ibid.*, 19 janv.) — Tétanos des nouveau-nés traité par l'antitoxine, insuccès, par Firth. (*Ibid.*) — Tétanos traité par l'antitoxine, guérison, par Fenwick. — Tétanos traumatique traité par l'antitoxine, mort, par Williamson. (*Ibid.*, 23 fév.) — Tétanos traumatique traité par l'antitoxine, guérison, par Gor-

NALL. (*Ibid.*, 27 avril.) — Tétanos traumatique guéri par injections de sérum sanguin d'animaux rendus réfractaires à cette maladie, par A. GUISTI et F. BONACIUTI. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Tétanos céphalique guéri par l'antitoxine, par CARETTI. (*Riforma med.*, 17 janv.) — Un cas de tétanos traité avec succès par les inoculations, par G. THOMPSON. (*Med. Record*, 5 janv.) — Traitement du tétanos par l'antitoxine, par HEWLETT. (*Practitioner*, avril.)

Thérapeutique. — Idiosyncrasie et médicaments, par BARZ. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Remarques sur quelques traditions thérapeutiques, par Walther SMITH. (*Dublin Journ. of med. sc.*, janv.) — Ancien et nouveau en thérapeutique, par GOWERS. (*Practitioner*, mars.) — Matière médicale et thérapeutique, par BIDDLE. (13e édit., *Philadelphie.*) — Influence des substances volatiles sur la pénétration cutanée des médicaments, par DESTOT. (*Lyon méd.*, 20 janv.) — Sur l'organothérapie, par COMBE. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — Les substances protectrices du corps et la thérapeutique antitoxique, par SCHWICKERATH. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Les essences de niaouli et de cajeput considérées comme des auxiliaires dans la lutte contre les maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire, par FORNÉ. (Broch. 69 p., *Paris.*) — Thuya occidentalis comme emménagogue et abortif, par KALT. (*Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Caféine dans les affections des organes respiratoires, par SKERRITT. (*Practitioner*, avril.) — Notes cliniques sur l'emploi de la nucléine, par GARBER. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Essai sur le bromidia, par CABANNES. (*N. Montpellier méd.*, 14.)—Action cardiaque de l'apocynum cannabicum, par FROMONT. (*Thèse de Paris.*) — Influence du jeûne sur l'action de la digitaline, par JORDAN. (*Cent. f. med. Wiss.*, 2 mars.) — Valeur thérapeutique de l'ephedra vulgaris, par N.-N. VESTENRIK. (*Vratch*, 9 fév.) — Effets thérapeutiques de CO^2 dans la dysenterie, les vomissements de la grossesse, la coqueluche, etc., par ROSE. (*N.-York med. j.*, 9 mars.)—Du trional comme soporifique, par STEINER. (*Deut. med. Woch.*, 28 mars.) —Effets thérapeutiques du β-naphtol bismuth, par ENGEL. (*N.-York med. j.*, 30 mars.) — Le chlorhydrate d'hydroxylamine pour remplacer le nitrite d'amyle ou la nitro-glycérine, par BRUNTON. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 189.) — De la bromaline, par LAQUER. (*Neurol. Cent.*, 1.) — Quelques emplois thérapeutiques de l'acétanilide, par ALLIS. (*N.-York med. j.*, p. 380, 23 mars.) — Action de l'ichtyol dans les états inflammatoires, par KYLE. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Emploi externe et interne du gaïacol, par ANDERS. (*Ibid.*, 15 mars.)—Le gaïacol en applications externes, par LYON. (*Gaz. hebd. Paris*, 23 fév.) — De l'emploi thérapeutique des badigeonnages de gaïacol, revue, par CHÉRON. (*Bull. méd.*, 17 fév.) — De l'administration de la créosote par la voie intestinale, suppositoires, par BLANC. (*Thèse de Paris.*)—De la valeur nutritive de la farine de Néré, par Mlle GUTTELSON. (*Ibid.*) — Sulfate de magnésie comme purgatif en injections hypodermiques, par WOOD. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Sur une formule de préparation d'une solution acide de phosphate de chaux, par EVESQUE. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Le problème de la médication ferrugineuse, par FANKHAUSER. (*Americ. med. Bull.*, 1er mars.)

Thorax. — Sur la valeur de la mensuration du thorax, par ROMARO. (*Morgagni*, mars.) — De la conduite du chirurgien dans le cas de plaie de poitrine par arme blanche, par HUGUET et PÉRAIRE. (*Rev. de chir.*, janv.) — Plaie pénétrante de poitrine par balle, hémothorax tardif, guérison, par LORIN. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 102.) — Quelques cas de chirurgie de la poitrine, par PAGET. (*Lancet*, 4 mai.) — Affection maligne des ganglions

médiastinaux, par Sansom et Tresilian. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Thoracotomie et thoracoplastie, par Llobet. (*Rev. de chir.*, mars.)

Torticolis. — Du torticolis spasmodique et de son traitement chirurgical, par Isidor. (*Thèse de Paris.*) — Torticolis rachitique, par Legay. (*Méd. moderne*, 12 janv.) — Des lésions intra-utérines du muscle sterno-mastoïdien, hématomes et myosite, par Pincus. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 2.) — Traitement chirurgical du torticolis spasmodique, par Richardson et Walton. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — De l'extirpation du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis musculaire, étude sur la pathologie de cette lésion, par Mikulicz. (*Cent. f. Chir.*, 5 janv.) — Traitement du torticolis musculaire, par Lorenz. (*Ibid.*, 2 fév.)

Thymus. — Structure du thymus et son rôle dans l'hématopoièse, par Schaffer. (*Sitz. kais. Akad. Wiss. Vienne*, CII.)

Thyroïde. — Variations dans la forme de la glande thyroïde, par Marshall. (*Journ. of anat.*, janv.) — Sur la situation de l'isthme du corps thyroïde par rapport à la trachée, par Mauclaire. (*Soc. anat. Paris*, 22 fév.) — Sur les fonctions du corps thyroïde, par Verstraeten et Vanderlinden. (*Mém. cour. Acad. méd. Belgique*, XIII.) — Influence de l'extirpation du corps thyroïde sur la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang, par Masoin. (*Bull. Ac. Belgique*, IX, p. 88.) — Remarques concernant l'étude de la toxicité urinaire pour la détermination des fonctions du corps thyroïde, par Masoin. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Sur les modifications histologiques des glandules thyroïdiennes après la thyroïdectomie, par Gley et Nicolas. (*Soc. de biol.*, 23 mars.) — Examen microscopique des organes de trois lapins morts de cachexie thyréoprive, par Haskovec. (*Ibid.*, 16 mars.) — Effets de la thyroïdectomie chez les serpents, par Cristiani. (*Ibid.*, 12 janv.)—Thyroïdite aiguë et simple, par Mygind. (*Journ. of Laryng.*, mars.) — Thyroïdites et strumites infectieuses, par Jeanselme. (*Gaz. des hôp.*, 2 fév.) — Des kystes du corps thyroïde, par Schwartz. (*Journ. des Praticiens*, 4, p. 49.) — Le thyroïdisme et ses équivalents pathologiques, par Reverdin. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — De la compression de la trachée par les goitres et ses conséquences, par Carl Ewald. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, VIII, fasc. suppl., p. 33.) — Du traitement du goitre parenchymateux par les injections de teinture d'iode, par Brunet. (*Arch. clin. Bordeaux*, fév.) — Traitement du goitre par les injections parenchymateuses, par Garré. (*Beit. z. klin. Chir.*, XII.) — Un cas d'exothyropexie pour un goitre suffocant, par Hartmann. (*Mercredi méd.*, 13 mars.) — Exothyropexie pour goitre suffocant, par Nicolas. (*Lyon méd.*, 7 avril.) — Régression du goitre exposé à l'air, par Bérard. (*Ibid.*, 31 mars.) — De l'atrophie des goitres par la mise à l'air, parallèle entre les opérations extra et intrathyroïdiennes, par Goujon. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches sur la maladie de Basedow, par Paessler. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VI, 3 et 4.) — Des fonctions de la glande thyroïde, pathogénie de la maladie de Basedow, par Canter. (*Mercredi méd.*, 27 mars.)—Un cas de goitre exophtalmique, par Augiéras. (*Rev. gén. d'opht.*, XIII, 3,) — Myxœdème et goitre exophtalmique chez des sœurs, symptomatologie du goitre, par Oppenheimer. (*Journ. of nerv. dis.*, avril.) — Climatothérapie de la maladie de Basedow, par Glax. (*Wiener med. Woch.*, 2 mars.) — La symptôme de Bryson, diminution de l'expansion thoracique dans le goitre exophtalmique, 40 cas, par Patrick. (*N.-York med. j.*, 9 fév.) — Des souffles dans le goitre exophtalmique, par Duroziez. (*France méd.*, 11 janv.) — Maladie de Graves guérie par l'atrophie thyroïdienne, par Baldwin. (*Lancet*, 19 janv.) — De

la thyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique, par DURAND. (*Thèse de Paris.*) — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par TUFFIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 125.) — La médication thyroïdienne, par LYON. (*Gaz. hebd. Paris*, 30 mars.) — Le danger de l'alimentation thyroïdienne, par BÉCLÈRE. (*Soc. méd. des hôp.*, 18 janv.) — Du traitement thyroïdien dans le goitre, le myxœdème et le crétinisme, par GAIDE. (*Thèse de Bordeaux.*) — De l'application du traitement thyroïdien au crétinisme et au goitre endémique, par RÉGIS. (*Semaine méd.*, 27 fév.) — Médication thyroïdienne dans l'ichtyose, par NOBBS. (*Brit. med. j.*, 30 mars.) — Psoriasis ancien traité par l'extrait thyroïdien, par PREECE. (*Ibid.*) — Pityriasis rubra traité par des tablettes de thyroïde, par SCATCHARD. (*Ibid.*, 30 mars.) — Aliénation chronique guérie par le traitement thyroïdien, par EASTERBROOK. (*Ibid.*, 20 mars.)

Trachée. — Des ectasies de la trachée, par SPIERING. (*Thèse de Kiel.*) — De la trachéotomie chez l'adulte, procédé opératoire, indications, par EYMONNET. (*Thèse de Paris.*) — Une trachéotomie en deux temps, par LEHMANN. (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 4.)

Tuberculose. — Recherche du bacille tuberculeux dans les crachats, par AMANN. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 15.) — Sur les produits toxiques du bacille tuberculeux, par MAFFUCCI. (*Policlinico*, 1.) — La tuberculose des bestiaux, par OSGOOD. (*Boston med. Journ.*, 4 avril.) — Etudes cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique, par ROBIN. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Remarques sur 200 cas de phtisie, par SEARS. (*Boston med. Journ.*, 4 avril.) — La fièvre et son traitement chez les tuberculeux, par PLICQUE. (*Progrès méd.*, 5 janv.) — De l'adénopathie bronchique tuberculeuse, cas observés aux colonies, par ARNOUX. (*Thèse de Paris.*) — Lésions endocardiaques chez les tuberculeux, par BIONDI. (*Cent. f. allg. Path.*, 23 fév.) — Tuberculose généralisée, méningite corticale, symptômes de localisation, par GARRATT. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXX, p. 211.) — Phtisie tuberculeuse avec foyer interlobaire chez une syphilitique, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 6 fév.) — Atrophie extrême des organes dans la tuberculose pulmonaire, par BENSAUDE et CLAISSE. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.) — Tuberculose inoculée de la peau, forme pustulo-ulcéreuse et forme verruqueuse, par GAUCHER. (*Bull. méd.*, 9 janv.) — Pachydermie de l'avant-bras et tuberculose verruqueuse, par VAUTRIN. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.) — La prophylaxie sanitaire de la tuberculose au bureau de santé de New-York, par BRIGGS et HUDDLESTON. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les bureaux de bienfaisance, par BIMSENSTEIN. (*France méd.*, 19 avril.) — Hygiène et tuberculose, par EGBERT. (*Med. News*, 23 mars.) — Du processus de curabilité dans la tuberculose aspergillaire, par RÉNON. (*Soc. de biol.*, 16 mars.) — Traitement étiologique de la tuberculose pulmonaire, par v. RUCK. (*Therap. Gaz.*, 15 mars.) — Sur l'antiphtisine de Klebs. (*Wiener med. Woch.*, 9 mars.) — Qu'est-ce que la tuberculine ? par v. RUCK. (*New-York med. j.*, 2 fév.) — Etude de certaines modifications cardio-vasculaires produites par la malléine et la tuberculine, per GUINARD et ARTAUD. (*Soc. de biol.*, 6 avril.) — Sur l'action de l'antiphtisine de Klebs sur la tuberculose pulmonaire chronique, par J.-G. GABRILOWITCH. (*Vratch*, 9 fév.) — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les injections de tuberculine, par GAFFIÉ. (*Thèse de Paris.*) — Expériences sur la sérothérapie dans la tuberculose, par HÉRICOURT et RICHET. (*Soc. de biol.*, 12 janv.) — Sérumthérapie de la tuberculose, par Paul PAQUIN. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 mars.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par les injections sous-cutanées de gaïacol, par

Le Tanneur. (*Journ. de méd. Paris*, 17 fév.) — Le gaïacol en applications externes dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par de Renzi. (*Riv. clin. e terapeutica*, 11, 1894.) — Du traitement de la tuberculose du poumon par les injections intra-pulmonaires, par Fernet. (*Soc. de thérap.*, 13 mars.) — La fumée de tabac comme préservatif de la tuberculose pulmonaire, par Montgomery. (*Med. News*, 16 mars.) — Trois cas de tuberculose pulmonaire guéris par le cantharidate de chaux, par Petteruti. (*Therap. Monats.*, fév.) — Du nitrate d'argent comme moyen curatif de la tuberculose pulmonaire, par Crocq. (*Mém. cour. Acad. de méd. Belgique*, XIII.) — Le créosal, son emploi dans le traitement des bronchites en général et de la tuberculose en particulier, par Balland. (In-8°, 90 p., *Paris.*) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'acide cinnamique, par Moschcowitz. (*Medical Record*, 2 mars.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Carasso, par Carasso. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 9 et 10.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire, par Ingraham. (*Americ. med. Bull.*, 15 mars.) — Rapports existant entre les traumatismes et la tuberculose, par Paul Guder. (*Viertelj. f. ger. Med.*, VII, p. 241; VIII, p. 8 et 250; IX, p. 28.) — La tuberculose chirurgicale, par Jacobson. (*Med. News*, 9 mars.) — Traitement de la tuberculose chirurgicale des membres par la stase hyperémique, par Hendrix. (*Policl. Bruxelles*, 15 fév.) — Traitement des abcès tuberculeux de la coxotuberculose et du mal de Pott par les injections de naphtol camphré, par Mlle Bouet. (*Thèse de Paris.*)

Typhoïde. — Les organismes de la malaria dans la typhoïde, par Preston. (*Americ. med. Bull.*, 1er avril.) — Quelques faits relatifs à l'impossibilité d'isoler le bacille typhique dans les déjections des malades, par Curtis. (*Bull. méd. Nord*, 12 avril.) — La chimie de la fièvre typhoïde, par Fenwick et Bokenham. (*Brit. med. j.*, 13 avril.) — Rapports de l'élimination des éthers sulfoniques et de la fièvre dans la typhoïde, par Casaretti. (*Riforma med.*, 4 janv.) — Des relations entre l'embarras gastrique, la fébricule et la fièvre typhoïde, par Feltz. (*Gaz. hebd. Paris*, 12 janv.) — Expériences sur l'influence des gaz de putréfaction comme cause prédisposante de l'infection typhoïde, par G. Alessi. (*Annali dell' Istit. d'Ig. Rome*, IV, 5.) — L'eau potable et la fièvre typhoïde à Catane, par E. di Mattei. (*Arch. f. Hyg.*, XX.) — Une épidémie de typhoïde à Bayhead directement causée par le lait, par Katzenbach. (*Med. Record*, 9 fév.) — Transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres, par Broadbent. (*Brit. med. j.*, 12 janv.) — La fièvre typhoïde et les huîtres, par Eade. (*Ibid.*, 19 janv.) — Etude bactériologique des huîtres comme origine de la fièvre typhoïde, par Foote. (*Med. News*, 23 mars.) — La fièvre typhoïde dans la garnison de Bourg, par Dubrulle. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Fièvre typhoïde du Texas ou typho-malariale, par Miller. (*Med. News*, 23 fév.) — Notes à propos d'une petite épidémie de fièvre typhoïde, par Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.) — L'épidémie de fièvre typhoïde de Maubeuge, 1893-94, par Renard. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — De la fièvre typhoïde chez les enfants, par Love. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 5 janv.) — Sur la fièvre typhoïde à forme abortive, par Woodbridge. *Ibid.*, 5 janv.) — La fièvre typhoïde apyrétique, son diagnostic, par Eloy. (*Journ. des Praticiens*, 12 janv.) — Durée de la période d'état de la fièvre typhoïde, par Hanot. (*Semaine méd.*, 16 janv.) — Fin de la fièvre typhoïde, par Hanot. (*Ibid.*, 27 fév.) — Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde, par Daureillan. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pneumonie double à pneumocoques au cours d'une fièvre typhoïde, par Hanot et Meunier. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Affection typhoïde chez un enfant de 2 ans par l'usage

de lait insuffisamment bouilli (infection par le bacille banal du côlon), par Heindrich Rehn. (*Hyg. Rundsch.*, IV, p. 964.) — Septicémie typhique avec abcès des reins dus au bacille typhique, par Flexner. (*Journ. of path. and bact.*, III, 2.) — Albuminurie dans la fièvre typhoïde, pronostic et traitement par les bains froids, par Lecoq. (*Thèse de Paris.*) — Gangrène des lèvres dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, septicémie staphylococcique consécutive, par Spillmann et Etienne. (*Mercredi méd.*, 27 mars.) — Un cas de mort subite au cours de la fièvre typhoïde due à la myocardite segmentaire, par Hobbs. (*Arch. clin. Bordeaux*, janv., et *Mercredi méd.*, 6 fév.) — Fièvre typhoïde avec desquamation scarlatiniforme, par Coulon. (*Méd. infant.*, 15 janv.) — Contribution à la bactériologie des complications de la fièvre typhoïde, par W. Spirig. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 sept. 1894.) — Fièvre typhoïde après double amputation, guérison, par Espey. (*Med. News*, 6 avril.) — Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde, laparotomie, mort, par Parkin. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — De la parésie intestinale des typhoïdiques et son traitement par les courants continus, par Fernet et H. Martin. (*Gaz. des hôp.*, 22 janv.) — Orchite typhoïdique, bacille d'Eberth, par Messerer et Gasser. (*Arch. de méd. milit.*, mars.) — De l'ostéomyélite typhoïdique des parois thoraciques, par Albertin. (*Province méd.*, 6 avril.) — Abaissement de la température dans la fièvre typhoïde par les applications locales de gaïacol, par Mc Cormick. (*Med. News*, 19 janv.) — Dix cas de fièvre typhoïde traités par la solution de chloro-quinine de Yeo, par King. (*Ibid.*, 2 mars.) — Traitement de la fièvre typhoïde par la chlorine, par Wilcox. (*N.-York med. j.*, p. 215, 16 fév.) — Traitement de la fièvre typhoïde par l'extrait de thymus typhique, par Lambert. (*Ibid.*, 27 avril.) — Bains frais dans la fièvre typhoïde, par Redmond. (*Brit. med. j.*, 5 janv.)

Typhus. — Le typhus à Paris en 1894, par Eugène Deschamps. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXII, p. 193.) — Sur les propriétés biologiques du sérum des convalescents, du typhus exanthématique, par Legrain. (*Soc. de biol.*, 19 janv.)

U

Ulcère. — Mal perforant du pied, par Moyer. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 mars.) — Mal perforant plantaire bilatéral, par Broussolle. (*Bourgogne méd.*, 1er déc.) — Traitement des ulcères variqueux par la compression, par H. Roth. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 fév.) — Traitement de l'ulcère variqueux de jambe par la pommade à l'oxyde rouge de mercure, par Langes. (*Münch. med. Woch.*, p. 950, 1894.)

Urée, urémie. — Du dosage de l'urée dans le sang et les tissus, par Kaufmann. (*Soc. de biol.*, 3 mars.) — Influence de certaines lésions nerveuses sur la proportion d'urée contenue dans le sang, par Kaufmann. (*Ibid.*) — La contraction musculaire est-elle accompagnée d'une production d'urée? par Kaufmann. (*Ibid.*) — Sur un nouvel appareil pour le dosage de l'urée au moyen de l'hypobromite, par C. Serono. (*Giorn. d. R. Accad. Med. Torino*, 1, p. 55.) — De la non-toxicité de l'urée, par Harvey Cook. (*Journ.

Americ. med. Ass., 23 fév.) — Lithiase urinaire, urémie, par SERGENT. (*Soc. anat. Paris*, 29 mars.) — De l'urémie foudroyante liée à la congestion rénale abortive, par Ch. FIESSINGER. (*Gaz. méd. Paris*, 2 mars.) — Traitement de la dyspnée ptomaïnique nocturne, par HUCHARD. (*Soc. de thérap.*, 13 mars.) — Traitement de l'urémie, par RENAUT. (*Ann. de méd.*, 11, p. 81.)

Urètre. — L'exploration du canal de l'urètre, par HAMONIC. (*Rev. clin. d'androl.*, 13 avril.) — Etudes endoscopiques sur les végétations, polypes, inflammations, etc., de l'urètre, par KLOTZ. (*N. York med. j.*, 26 janv.) — De l'endoscopie de la portion prostatique de l'urètre, par GRÜNFELD. (*Wiener med. Woch.*, 23 mars.) — Des nouvelles méthodes d'urétroscopie, par LOHNSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov. 1894.) — Limites et valeur de l'urétroscopie, par Léopold CASPER. (*Ibid.*, 1er sept. 1894.) — Un nouvel endoscope dans le traitement des affections de l'urètre, par STEIN. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er fév.) — Sur la préparation de la pommade soluble employée pour le cathétérisme, par LECLERC. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Injecteur urétral et nouvelle sonde à injection urétrale, par BAZET. (*Ibid.*, fév.)—Méthode de désodorisation et de désinfection des cathéters, par COUSINS. (*Brit. med. j.*, 19 janv.) — Urètre double et fistules péniennes congénitales, par MARTIN. (*Arch. de méd. milit.*, janv.) — Du bacille coli comme cause d'urétrite, par VAN DER PLUYM et DER LAAG. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 7 et 8.) — Lithotritie et spasme urétral, par E. LOUMEAU. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er janv.) — De la torsion de l'urètre selon la méthode de Gersuny dans l'incontinence d'urine, par J. GLAS. (*Wiener med. Blætter*, 6.) — Des rétrécissements de l'urètre, par ROUTIER. (*Méd. moderne*, 26 janv.) — Etiologie des rétrécissements de l'urètre, par STEWART. (*N.-York med. j.*, 2 fév.) — Rétrécissements larges de l'urètre, les faux dilatés, par DESNOS. (*Presse méd.*, 23 fév.) — De l'urétrotomie interne périnéale, par AUDRY. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 5.) — Rétrécissements multiples et anciens de l'urètre suite de blennorragie, rétention d'urine aiguë, urétrotomie interne, section en deux temps, par FERRAND. (*Bull. Soc. sc. de l'Ouest*, IV, 1.)—Trois observations de cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable, par LEGUEU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Dilatation locale externe pour les rétrécissements de l'urètre, par TUTTLE. (*N. York med. j.*, 13 avril.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre, par ROUTIER. (*Méd. moderne*, 13 mars.) — Rétrécissement de l'urètre chez la femme, par BAGOT. (*Med. News*, 20 avril.) — Anastomoses urétrales, par MAUCLAIRE. (*Presse méd.*, 5 mai.) — La rupture de l'urètre, par LE DENTU. (*Ibid.*, 19 janv.) — Résection de l'urètre, par DESNOS. (*France méd.*, 1er mars.) — Rupture de l'urètre ; rétrécissement traumatique, par VERHOOGEN. (*Policl. Bruxelles*, 1er janv.) — Un cas d'épispadias complet traité et guéri par la méthode de Thiersch, par POZZI. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Traitement de l'épispadias par l'opération en plusieurs séances successives, par POZZI. (*Bull. méd.*, 29 janv.) — Un cas d'hypospadias, par PAVEC. (*Wiener med. Woch.*, 23 mars.) — Polype de l'urètre de dimension extraordinaire, par DESGUIN. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Un cas de fistule urétro-vulvaire par urétrite proliférante, par VERCHÈRE. (*Rev. int. de thérap.*, 1, p. 1.) — Excision des tissus du périnée pour la cure de fistules urinaires provoquées par un rétrécissement de l'urètre, une cause d'insuccès de cette opération, par GUÉPIN. (*France méd.*, 15 fév.)

Urinaires (Voies.)—De l'origine de l'épithélium des organes génito-urinaires, par FLAVIN. (*Americ. med. Bull.*, 1er mars.) — De l'infection urinaire, par

Bazy. (*Gaz. des hôp.*, 28 fév., et *Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 137.) — Infiltration urinaire chez un enfant de 2 ans, par Pellier. (*France méd.*, 3 mai.) — Les symptômes chimiques et le traitement de la gravelle urique, par Harley. (*Brit. med. j.*, 23 mars.) — Traitement de la diathèse urique, par Brower. (*Americ. med. Bull.*, 1er avril.) — De l'élimination de l'acide urique par la médication thermo-résineuse, par Benoit du Martouret. (*Bull. de thér.*, 30 avril.) — Du point de départ de la tuberculose génito-urinaire, par Pasquet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur quelques manifestations cliniques de la tuberculose génito-urinaire primitive, par Watson. (*Boston med. Journ.*, 7 fév.)

Urine. — L'urine à l'état de santé et de maladie, analyse des urines, par Campbell Black. (260 p., *Londres.*) — Sur les variations de quelques pigments urinaires, par Binet. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 231.) — Séméiologie des variations de la quantité de l'urine à l'état normal et dans quelques maladies, par A. Robin. (*Ann. de méd.*, 3, p. 17.) — Les procédés de dosage de l'acide urique, par Garnier. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — De l'importance de l'analyse de l'urine en diagnostic, par Walker. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 26 janv.) — De l'erreur qu'on peut commettre par l'emploi de la liqueur de Fehling pour la recherche du sucre dans les urines des personnes soumises au traitement du sulfonal, par Lafon. (*Acad. des sc.*, 29 avril.) — Absence de sucre dans l'urine normale prouvée par une méthode simple et nouvelle, par Johnson. (*Lancet*, 12 janv.) — Sur la constatation de petites quantités de sucre dans l'urine par la solution de bismuth de Nylander, par G. Buchner. (*Münch. med. Woch.*, p. 991, 1894.) — Recherche de l'albumine par le mercure et par la polarisation. De l'emploi de la force centrifuge dans l'analyse de l'urine et dans l'examen des crachats, par G. Buchner. (*Ibid.*, p. 1054, 1894.) — Cristaux de tyrosine dans l'urine d'un diabétique, par Mies. (*Ibid.*, 34, 1894.)— L'acide sulfo-salicylique comme réactif des urines albumineuses, par Devic. (*Province méd.*, 9 fév.) — La recherche de l'albumine de l'urine dans la pratique, par A. Ott. (*Prager med. Woch.*, 3.) — L'albumine dans les urines, par Lafon. (*Rev. clin. d'androl.*, 13 avril.)—Quelques observations relatives à la recherche de l'albumine dans l'urine, par Alison. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.) — Urine scarlatineuse, par Garnier. (*Ibid.*, 15 janv.)— Un nouveau modèle d'azotomètre à l'hypobromite de soude, par Cavallero. (*Giorn. Accad. med. Torino*, LVIII, 2.) — Utilisation du liquide des pièces histologiques du foie pour la recherche de l'indol et de l'indican, par Nepveu. (*Soc. de biol.*, 27 avril.) — Sur une réaction décrite comme décelant la créatinine dans les urines de l'homme, par Œschner de Coninck. (*Ibid.*, 9 et 16 fév.) — Quantité de fer contenue dans l'urine, par Lapicque. (*Ibid.*, 9 fév.) — Sur l'élimination du fer par l'urine, par Lapicque. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Des modifications de l'urine dans les altérations du sang, par Kolisch et v. Stejskal. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6.) — Recherche du chloroforme dans l'urine, par Scalfati. (*Riforma med.*, 28 fév.) — Recherche de l'arsenic dans l'urine, par Mann. (*Med. chronicle*, mars.) — Sur certains procédés capables de combattre les accidents attribuables aux substances toxiques qui devront ou devraient être éliminées dans les urines, par Camescasse. (*Journ. de méd. prat.*, 25 mars.)

Utérus. — La teneur bactériologique du col, par Winter. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 mai.) — Causes des positions normales et pathologiques de l'utérus, par Mackenrodt. (*Ibid.*, XLVIII, 3.) — Utérus infantile, par Greenewalt. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — La position génu-pectorale, par Campbell. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Etude générale sur le diagnostic et le traitement des affections intra-utérines, par Gottschalk. (*Berlin. klinik*, 79.) — La

leucorrhée; causes, variétés, traitement, par MADDEN. (*Dublin Journ.*, 1er avril.) — Des métrites, considérations cliniques et thérapeutiques, par RAFFRAY. (*Thèse de Paris.*) — Endométrite, subinvolution, rétroversion, dilatation, curetage et fixation vaginale, par MONTGOMERY. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — De la paramétrite, par JACOBS. (*Policl. Bruxelles*, 15 fév.) — Sur les nouvelles méthodes de traitement de l'endométrite, par WINCKEL. (*Münch. med. Woch.*, 31, 1894.) — Traitement des métrites, par BOLOGNESI. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Hématométrie dans une moitié fermée imparfaitement développée d'un utérus biloculaire, par WERTH. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 3.) — Des dangers et des difficultés d'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles, par DOLÉRIS. (*Journ. de méd. Paris*, 7 avril.) — Etude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, par LEPAGE. (*Thèse de Paris.*) — Résultats éloignés de 90 opérations conservatrices pratiquées sur l'utérus, 54 cas de grossesses consécutives, par MANGIN. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 fév.) — Un cas d'hématocolpos latéral, par MURET. (*Semaine méd.*, 8 mai.) — De l'hématométrie unilatérale dans un utérus bipartitus, par E. BLANC. (*Loire méd.*, 15 janv.) — Imperforation de l'hymen et de l'utérus, hématométrie, hystérectomie, par MURPHY. (*Brit. med. j.*, 12 janv.) — Sur les caractères macroscopiques de la salpingo-ovarite, par REYMOND. (*Ann. de gyn.*, janv.) — Un cas d'hydro-salpingite, par TURAZZA. (*Riforma med.*, 18 janv.) — Anatomie pathologique et bactériologique des salpingo-ovarites, par REYMOND. (*Thèse de Paris.*) — De la salpingite hémorragique, par REYMOND. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Les relations des maladies pelviennes avec les troubles psychiques chez la femme, par VAUGHAN. (*Med. News*, 27 avril.) — Diagnostic et traitement médical des salpingites, par LABADIE-LAGRAVE et BASSET. (*Semaine méd.*, 9 janv.) — Abcès intra-pariétal, laparotomie, guérison, par JONAS. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Lésion tuberculeuse de la portion vaginale de l'utérus, par WILLIAMS. (*Brit. med. j.*, 4 mai.) — Maladies de l'utérus et des annexes et électrolyse de l'argent intra-utérine, par BOISSEAU DU ROCHER. (*Bull. de thérap.*, 30 mars.) — Massage et hydrothérapie dans les affections utérines, par MOTTE. (*Mém. cour. Acad. Belgique*, XIII.) — Du raccourcissement des ligaments ronds appliqué à la guérison des déplacements de la matrice, par MOREAU. (*Ibid.*) — Des pansements du col de l'utérus, des topiques médicamenteux et des cautérisations, de leur emploi dans la pratique journalière, par BOISLEUX. (*Clin. franc.*, 10 janv.) — De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens, par RODRIGUEZ. (*Thèse de Paris.*) — Ablation des annexes et ligature de l'artère utérine à la jonction utéro-cervicale, par Byron ROBINSON. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 fév.) — L'extirpation vaginale de l'utérus et de ses annexes dans les suppurations pelviennes et les métrites et péritonites puerpérales septiques, par BOLDT. (*Americ. j. of obst.*, janv.) — Méthode vaginale ou sous-pubienne de traitement des suppurations de l'utérus et des annexes, par POLK. (*Ibid.*, fév.) — Hystérectomie vaginale pour les affections pelviennes septiques, par HENROTIN. (*Ibid.*, avril.) — Hystérectomie abdominale avec ablation des annexes pour les affections pelviennes septiques, par BINKLEY. (*Ibid.*) — De l'hystérectomie abdominale contre les suppurations pelviennes, par DU BOUCHET. (*Ann. de gyn.*, avril.) — De l'hystéropexie abdominale antérieure comme traitement de certaines salpingites, par DUQUAIRE. (*Th. de Lyon.*) — De l'ablation des annexes dans les névralgies pelviennes, par BAKER. (*Boston med. Journ.*, 7 mars.) — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus, par MUMFORD. (*Ibid.*, 14 fév.) — Ré-

sultats éloignés de l'ablation de l'utérus et des annexes, par Cushing. (*Ibid.*, 14 fév.) — Observations cliniques sur la chirurgie des annexes de l'utérus, par Barrows. (*Americ. med. surg. Bull.*, 1er janv.) — Indication et technique de la castration abdominale totale pour lésions septiques de l'utérus et des annexes, par Delagenière. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 3.) — Technique du curetage, par Loehlein. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 avril.) — Curetage de l'utérus puerpéral, par Demelin. (*Journ. des Praticiens*, 42, p. 539, 1894.) — Quatorze observations de curetage de l'utérus puerpéral, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, mars.) — Dangers et complications du curetage *post partum*, par Dumont. (*Ibid.*, mars.) — Perforation de l'utérus dans le curetage, par Hickman. (*Med. News*, 2 mars.) — De la perforation de l'utérus au cours de l'irrigation continue, par Flandrin. (*Thèse de Paris.*) — Technique de l'hystérectomie vaginale, par Edebohls. (*Americ. j. of med. sc.*, janv.) — De la vapeur comme moyen hémostatique et aseptique dans les interventions sur l'utérus, par Jaworski. (*Wiener med. Woch.*, 20 janv.) — Extirpation vaginale totale de l'utérus gravide, par Reusing. (*Münch. med. Woch.*, p. 846, 1894.) — Hystérectomie vaginale avec asepsie sèche et avec fermeture du péritoine, par Kurz. (*Ibid.*, p. 948, 1894.) — Des opérations radicales vaginales, hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale, par Landau. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 mars.) — Hystérectomie vaginale, 30 cas, 2 morts, par Jessett. (*Brit. med. j.*, 19 janv.) — L'hystérectomie vaginale comme on la pratique en France, par Garceau. (*Americ. j. of obst.*, mars.)—Hystérectomie vaginale et oophorectomie après symphyséotomie, par Garrigues. (*Medical Record*, 23 fév.) — Dilatation vulvo-vaginale et hystérectomie vaginale, par R. Pichevin. (*Gaz. méd. Paris*, 19 janv.) — Les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale, par Gallet. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 janv.) — Hystérectomie vaginale et hémorragies, par R. Pichevin. (*Gaz. méd. Paris*, 16 mars.) — De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale, par Métras. (*Thèse de Lyon.*) — De la blessure des uretères au cours de l'hystérectomie vaginale, par Fournel. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril.) — Etiologie de l'inversion utérine *post partum*, par Beckmann. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 2.) — Inversion puerpérale de l'utérus durant trois mois, réduite en quarante-huit heures par l'appareil d'Aveling, par Aust-Lawrence. (*Brit. med. j.*, 9 mars.) — La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétro-déviations, par Le Dentu. (*Bulletin méd.*, 24 mars.) — L'opération d'Alexander, par Kuestner. (*Cent. f. Gynaek.*, 16 fév.) — Résultats terminaux de l'opération d'Alexander, par Kummer. (*Ibid.*, 6 avril.) — Emploi de la méthode sacrée pour la rétroflexion avec fixation, par Hochenegg. (*Ibid.*, 20 avril.) — Traitement des rétro-déviations de l'utérus, par Olshausen. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 1.) — Quelques modes de traitement des rétro-déplacements de l'utérus, par Madden. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 9 fév.) — Résultats éloignés de la colpo-hystéropexie antérieure dans le traitement des rétroflexions utérines, par Pichevin. (*Journ. de méd. Paris*, 3 fév.) — Laparo-hystéropexie extra-abdominale dans le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus, par Segale. (*Rev. de chir.*, avril.) — De la fixation vaginale de l'utérus en rétroversion, par Mueller. (*Monats. f. Geburts.*, 4.) — Prolapsus total de l'utérus à forme anormale sans cystocèle ni rectocèle, par Mouchet. (*Soc. anat. Paris*, 5 avril.) — Utérus biloculaire d'aspect extérieur normal, par Mouchet. (*Ibid.*)—Des opérations de prolapsus à la clinique de Zurich, 1888-91, par Ida Schmid. (*Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 3.) — Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie abdominale antérieure, par Joyeux. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement chirurgical du prolapsus génital, par Champdemerle. (*Thèse de Paris.*) — Traitement du prolapsus utérin, par Parisot. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — Raccourcissement intra-abdo-

minal des ligaments ronds pour déplacements de l'utérus en arrière, par Mann. (*Med. News*, 23 mars.) — Sur la ventro-fixation utérine, en particulier par la méthode transpéritonéale, par Herff. (*Münch. med. Woch.*, p. 797, 1894.) — Technique de la fixation vaginale de l'utérus, par Wertheim. (*Cent. f. Gynaek.*, 4 mai.) — Ventro-fixation de l'utérus, par Penrose. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Tumeur volumineuse de la région ilio-fémorale constituée par une hernie de la trompe utérine, par Kousmine. (*Rev. de chir.*, avril.) — Hernie inguinale de l'utérus et des deux ovaires, cure radicale, par Defontaine. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 5.) — Hypertrophie considérable de la portion vaginale de l'utérus, par Thomson. (*Cent. f. Gynaek.*, 20 avril.) — Incarcération d'une hypertrophie de la partie vaginale, par Peters. (*Ibid.*, 19 janv.) — Deux cas de rupture spontanée de l'utérus, par Gessner. (*Ibid.*, 12 janv.) — Traitement spontané extra-péritonéal des ruptures de l'utérus, par Slajmer. (*Ibid.*, 4 mai.) — L'opération d'Emmet pour les déchirures du col, par Emmet. (*Americ. j. of obst.*, avril.) — Un kyste de l'utérus, par Knauer. (*Cent. f. Gynaek.*, 11 mai.) — Volumineux kyste sanguin uniloculaire développé dans la paroi de l'utérus après la ménopause, par Webster. (*Americ. j. of med. sc.*, mars.) — Les protozoaires des myomes, par Vedeler. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 7 et 8.) — Diagnostic de l'hématométrie avec fibro-myome dans un utérus bicorne et atrésie du vagin, par Eberlin. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 2.) — Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibro-myomes de l'utérus et de ses annexes, par Costes. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de fibrome utérin et de salpingite s'étant ouverte dans le rectum, par Hall. (*Medical Record*, 9 mars.) — De la technique des myomotomies, par Herzfeld. (*Wiener med. Blætter*, 2.) — *Idem*, par R. Braun von Fernwald. (*Ibid.*, 4.) — Recherches expérimentales sur le traitement du moignon dans la myomohystérectomie, par Walthard. (*Cent. f. Gynaek.*, 5 janv.) — Sur les opérations des myomes, par Schauta. (*Wiener med. Woch.*, 5 janv.) — Traitement chirurgical des myomes utérins; discussion à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 12 janv.) — Traitement chirurgical des fibromes utérins, par Homans. (*Boston med. Journ.*, 7 mars.) — Traitement des fibromes utérins, par Wheeler. (*Ibid.*, 31 janv.) — Traitement chirurgical des fibromes utérins; deux cas heureux d'abdomino-utérectomie, par Anderson, (*Medical Record*, 26 janv.) — Simplifications au traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystéro-myomectomie, par Labusquière. (*Ann. de gyn.*, mars.) — Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins, par Richelot. (*France méd.*, 5 avril.) — Hystérectomie pour un myome volumineux suppuré, uretérostomie et néphrectomie, guérison, par Bernays. (*Americ. j. of obst.*, mars.) — Application électrique à bas ampérage pour les fibromes utérins, par Gunning. (*Ibid.*, janv.) — Cancer primitif du corps avec hématométrie et hématocolpos par atrésie sénile du vagin, par Sondheimer. (*Monats. f. Geburts*, 4.) — Sarcome du fond de l'utérus, par Deale. (*Americ. j. of obst.*, fév.) — Du déciduome malin, par Jeannel. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 fév.) — Du carcinome de la portion inférieure de la matrice, complément à un cas de tumeur papillaire cancroïdale commençante, par Klieu. (*Münch. med Woch.*, p. 862, 1894.) — Cancer primitif de la trompe de Fallope, par Cullingworth. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVI, p. 307.) — Cancer primitif du corps de l'utérus, hystérectomie vaginale, deux ans sans récidives notes sur cinq autres cas d'hystérectomie pour cancer, par Lewers. (*Ibid.*, XXXVI, p. 374.) — La périnéotomie transversale comme temps préliminaire de l'extirpation du cancer du vagin et de l'utérus, par Pozzi. (*Rev. intern. de thérap.*, 4.) — Du morcellement dans le cancer utérin, par Duret. (*Journ. sc. méd. Lille*, 12 janv.)

V

Vaccin. — De la vaccine en Cochinchine, par Baurac. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — Sur une campagne de vaccine au Sénégal, par Rigollet. (*Ibid.*, janv.) — Résultats de la vaccination dans le royaume de Bavière en 1893, par Stumpf. (*Münch. med. Woch.*, p. 951 et 991, 1894.) — Cowpox, vaccine, chez un laitier, par Bucknill. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Vaccine et variole, par Courrent. (*Nouv. Montpellier méd.*, IV, 1, p. 48.) — Sur les exanthèmes vacciniformes, par Voigt. (*Wiener med. Presse*, 17 fév.) — Etudes sur l'immunité et l'idiosyncrasie, par Zeehuisen. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 2 et 3.) — Utilité pratique de certaines immunisations, par Silvestrini. (*Sperimentale*, p. 466, 1894.) — Sur la priorité de la découverte de la transmissibilité de propriétés immunisantes et curatives par le sang d'animaux immunisés, par Babes. (*Wiener med. Presse*, 20 janv.)

Vagin. — Recherches bactériologiques sur les sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral, par Walthard. (*Deut. Ges. f. Gynaek.*, V, p. 341, et *Arch. f. Gynaek.*, XLVIII, 2.) — Notes sur ce travail, par Menge. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 mars.) — De la nature des microbes du vagin ; de la présence du streptocoque anaérobie dans les sécrétions vaginales de la grossesse, par Kroenig. (*Ibid.*, 20 avril.) — Variations des réactions chimiques dans les sécrétions vaginales, par Peri. (*Arch. di ostet.*, II, 1.) — Propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les femmes non enceintes, par Mengel. (*Presse méd.*, 5 janv.) — Pathologie et traitement du prurit vulvaire et vaginal, par Madden. (*Brit. med. j.*, 19 janv.) — De l'ulcère rond du vagin, par v. Skowronski. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 mars.) — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin, par Cadilhac. (*Nouv. Montpellier méd.*, 15.) — Thrombus pédiculé du vagin, par Queirel. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Hématocolpos suite de vaginite adhésive ulcéreuse, par Winternitz. (*Cent. f. Gynaek.*, 30 mars.) — Cœliotomie vaginale, par Vineberg. (*Med. Record*, 2 mars.) — Contribution à la casuistique des kystes du vagin, par Peri. (*Sperimentale*, p. 685, 1894.) — Rétrécissement cicatriciel du vagin, par Lipinski. (*Ann. de gyn.*, avril.) — Epithélioma primitif du vagin, par Bernard. (*Thèse de Paris.*) — Epithélioma primitif de la partie supérieure du vagin, périnéotomie transversale, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chir.*, XX, p. 832.) — Ablation d'un volumineux carcinome de la partie inférieure du vagin, par Thorn. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 mars.) — De l'extirpation du vagin, par Duehrssen. (*Ibid.*, 2 mars.) — De l'extirpation du vagin, par Olshausen. (*Ibid.*, 5 janv.)

Varicelle. — Des rashs dans la varicelle, par Missim. (*Gaz. des hôp.*, 9 mai.) — Varicelle suivie de gangrène du scrotum, par Spivak. (*N.-York med. j.*, p. 505, 28 avril, et *Med. News*, 23 mars.)

Variole. — L'étiologie de la variole, par Christian Bay. (*Med. News*, 26 janv.) — Influence de la variole des parents sur l'état de réceptivité des enfants à l'égard de la vaccine et de la variole, par Auché. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 17 fév.) — Les sporozoaires de la variole et de la vaccine, par

Clarke. (*Lancet*, 19 janv.) — Recherches sur la morphologie des sporozoaires de la variole, de la pathologie de la syphilis, par Clarke. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 9 et 10.) — Diagnostic et pronostic de la variole, par O'Carroll. (*Dublin Journ.*, 1er mars.) — Grossesse et variole, influence de cette maladie sur la mère et l'enfant et les suites de couches, par Lesueur. (*Thèse de Paris.*)

Veine. — Sur les variations de la pression veineuse, par Delezenne. (*Arch. de phys.*, VII, 2.) — Thrombose de la veine porte et infarctus du foie, par Pitt. (*London path. Soc.*, 19 fév.) — Plaie latérale de la veine fémorale par éclat d'obus, forcipressure latérale, guérison, par Commandeur. (*Lyon méd.*, 7 avril.) — Sur quelques complications des varices des membres inférieurs, par Renaudin. (*Thèse de Paris.*) — Comparaison des diverses méthodes de traitement des veines et de leur complication la plus fréquente, l'ulcère, par Rémy. (*Bull. de thérap.*, 15 janv.) — Nouveau mode opératoire pour la cure radicale des varices superficielles, por Stoker. (*Dublin Journ.*, 1er mars.) — Du varicocèle, par Schwartz. (*Journ. des Praticiens*, 12.) — La suture des varices, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 26 janv.)

Vessie. — Anatomie chirurgicale de la vessie, par Delbet. (*Thèse de Paris.*) — De la vessie et de l'urètre, partie physiologique, par Griffiths. (*Journ. of anat.*, janv.) — La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état physiologique, par Genouville. (*Gaz. des hôp.*, 2 mars.) — Sur la cystine, par Chabrié. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mars.) — Traitement des maladies de la vessie, par Posner. (*Berlin.*) — Chirurgie de l'urètre, de la vessie et de la prostate, par Rochet. (In-8°, 287 p., *Paris.*) — Traitement opératoire des maladies de la vessie, par Hugh Fergusson. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 19 janv.) — Technique de la cystoscopie, par Lohnstein. (*Deut. med. Woch.*, 24 janv.) — Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie, par Janet. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, fév.) — Un cas d'hématurie persistante, par C. Denny. (*Boston med. Journ.*, 21 fév.) — Variété rare de hernie de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre, par Pousson. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 17 fév.) — Inversion vésicale suite de fissure de l'abdomen avec atrésie du vagin chez un nouveau-né, par Feinberg. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 avril.) — Hernie ombilicale, exstrophie de la vessie, arrêt de développement du rectum, par Le Bec. (*Clinique franç.*, 10 janv.) — Les injections intravésicales, par J. Verhoogen. (*Policl. Bruxelles*, 1er mars.) — L'épicystotomie chez l'enfant avec suture de la vessie, par Folinea. (*Riforma med.*, 20 fév.) — Diagnostic différentiel de certaines formes de cystite et des néoplasmes de la vessie, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, avril.) — Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curetage vésical et le drainage périnéal, par de Miranda. (*Thèse de Paris.*) — Traitement du catarrhe de la vessie, par Englisch. (*Wiener med. Presse*, 3 mars.) — Plaie pénétrante de la vessie à travers les fesses, par Soulié. (*Marseille méd.*, 15 mars.) — Un cas de rupture de la vessie, par Nicolich. (*Wiener med. Presse*, 24 mars.) — Volumineux calcul chez une femme par E. Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 fév.) — Calcul vésical volumineux formé autour d'un haricot, taille hypogastrique, difficultés d'extraction, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 6 janv.) — Calcul enkysté de la vessie, rupture de la poche, péritonite, mort, par Royden. (*Brit. med. j.*, 2 fév.) — La mortalité des diverses opérations pour extraction des calculs vésicaux, en particulier chez l'enfant, par Barling. (*Ibid.*, 9 mars.) — Traitement chirurgical des calculs de la vessie chez la femme, par Ozenne. (*Bull. méd.*, 21 avril.) — Cystostomie sus-pubienne temporaire pour gros calcul vésical avec accidents

infectieux, par Bérard. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 5.) — La cystotomie sus-pubienne dans le traitement des calculs de la vessie, par Meisenbach. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 16 mars.) — De la cystostomie sus-pubienne à Paris, par Auneau. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de l'exstrophie de la vessie, par Katz. (*Ibid.*) — Polypes de l'urètre et de la vessie; excision par la cystotomie sus-pubienne; guérison, par Desguin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 fév.) — Des myomes de la vessie, par Terrier et Hartmann. (*Rev. de chir.*, mars.) — Pétrification d'une tumeur villeuse de la vessie, par Nicaise. (*Ibid.*) — Deux opérations de cancer de la vessie; résection de la vessie, par Goldberg. (*Cent. f. Krank. Harn. und Sexualorg.*, V, 9.) — Implantation intrapéritonéale des uretères dans la vessie, par Krause. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 mars.)

Vieillard. — L'influence de l'âge en chirurgie, vieillard, par Graham. (*Med. News*, 23 fév.) — La vieillesse et les opérations chez les vieillards, par Gojanski. (*Thèse de Paris.*) — De la pléthore sénile ou hypertension artérielle chez les vieillards, par Allbutt. (*Hunterian Soc.*, 27 fév.)

Vin. — Analyse d'un vin de Grenache, par Rœser. (*Arch. de méd. milit.*, mai.)

Virus. — A propos d'une étude sur les virus en 1836, par Grancher. (*Bull. méd.*, 28 avril.) — Etude sur les virus, par Jean Hameau; préface, par Grancher. (In-8°, *Paris.*)

Vomissement. — Les vomissements chez les femmes enceintes, par Boissard. (*Semaine méd.*, 2 janv.)

X-Z

Xérodermie. — Deux cas de xérodermie pigmentaire chez deux enfants d'une même famille, par de Amicis. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mai 1894.)

Zona. — Examen du sang montrant l'origine paludique du zona, par Winfield. (*Med. Record*, p. 216, 16 fév.)

SOMMAIRE DU N° 4

TOME XLVI

ANATOMIE.

PHYSIOLOGIE.

CHIMIE MÉDICALE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

THERAPEUTIQUE.

HYGIÈNE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MEDICALE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

MALADIES DES ENFANTS.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

MÉDECINE LÉGALE

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OPHTALMOLOGIE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES



REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Ueber den normalen Bau und über pathologische Veränderugen der finsten Gehirncapillaren (Sur la structure normale et sur des altérations des plus fins capillaires du cerveau), par M. LAPINSKY (*Archiv f. Psych. und Nervenkr., XXVI, 3, p. 854*).

En se servant de la méthode de Kronthal (macération de petits fragments d'écorce cérébrale dans une solution d'acide lactique à 1/2 0/0, pendant 24 heures, puis dépôt dans l'eau pendant 24 heures, et pendant 24 autres heures dans du carmin), l'auteur a constaté la présence, dans le cerveau, de capillaires dont le diamètre minimum mesure 1,4 micromillimètre; capillaires dont la paroi est constituée par une tunique adventice et par une tunique interne, formées chacune par des noyaux spéciaux.

D'autre part, dans 3 cas de lésions en foyer du cerveau, dont 2 étaient certainement et le troisième vraisemblablement d'origine syphilitique, il a constaté de l'endartérite et de la périartérite de ces ramuscules capillaires si fins. Ces altérations avaient déterminé un rétrécissement considérable de la lumière des petits vaisseaux en question, dont les parois avaient perdu une partie de leur élasticité. Dans l'un de ces cas, ces parois avaient subi la dégénérescence négative. E. R.

Sur les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du neurone de Waldeyer, par RENAUT (de Lyon) (*Bull. Acad. de méd., 5 mars 1895*).

Par neurone, on entend, avec Waldeyer, l'élément cellulaire nerveux dans sa totalité, c'est-à-dire corps cellulaire, ramifications protoplasmatiques, cylindre-axe et ses ramifications. D'après certains auteurs, les prolongements des neurones se terminent par des extrémités libres et ne s'anastomosent pas avec ceux d'un neurone voisin ; ils n'entrent en connexion entre eux que par un simple contact, appelé articulation des neurones entre eux.

Pour Renaut, d'après une étude des cellules nerveuses qu'il vient de faire, la doctrine des terminaisons toujours libres de ces cellules n'est pas exacte dans toute sa rigueur, car il a vu des neurones associés et continus par quelques-uns de leurs prolongements ; toutefois, dans l'immense majorité des cas, l'articulation se fait par des appuis adhésifs ou par de simples accolements.

Ces articulations ont lieu au niveau de l'intrication plexiforme des prolongements protoplasmatiques dans les points où ces filaments présentent un renflement vacuolaire, qui a l'aspect d'un grain perlé.

OZENNE.

Sur la distribution des fibres endogènes dans le cordon postérieur de la moelle et sur la constitution du cordon de Goll, par J. DÉJERINE et J. SOTTAS (*Soc. de biol.*, *15 juin 1895*).

1° Le cordon de Goll ne reçoit pas de fibres endogènes (ayant leur origine dans la moelle) ; 2° le cordon ne reçoit pas non plus de fibres radiculaires descendantes. Il est uniquement formé par l'adjonction successive des fibres longues, des racines postérieures. Les fibres d'origine médullaire n'existent que dans le cordon de Burdach, en arrière de la commissure et le long du col de la corne postérieure. DASTRE.

Ueber die zweckmässige Anwendung der Golgi'schen Sublimatmethode..... (Sur l'emploi pratique de la méthode au sublimé de Golgi pour l'étude du cerveau de l'homme adulte), par E. FLATAU (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLV*, *1, p. 158*).

Le cerveau (enlevé un ou deux jours après la mort) est durci *in toto* dans une solution de bichromate de potasse à 3 ou 4 0/0 (2 à 3 mois). On découpe alors des fragments de 5 à 6 millimètres sur 1 à 2 centimètres de surface qui sont immergés dans une solution de sublimé à 1 0/00 (30 cc. par morceau). Cette solution est renouvelée tous les deux ou trois jours pendant les deux ou trois premières semaines jusqu'à ce qu'elle ne se colore plus en jaune (maintenir les pièces dans l'obscurité). Finalement les objets demeurent dans le sublimé pendant 9 à 12 mois. On les porte ensuite directement dans l'alcool à 80 0/0, puis à 96 0/0, enfin absolu. Inclusion à la colloïdine et coupes dans l'alcool. Après déshydratation on éclaircit les coupes par le carbolxylol et on monte au baume sans lamelle.

Les coupes ainsi traitées se conservent très bien et montrent avec beaucoup de précision dans leurs plus fins détails les arborisations des cellules nerveuses. Cette méthode est absolument recommandable, notamment pour les recherches d'ordre anatomo-pathologique.

A. NICOLAS.

Ueber die sensiblen Nervenendigungen im Herzen bei Amphibien und Säugethieren (Les terminaisons nerveuses sensitives dans le cœur des amphibiens et des mammifères), par A. SMIRNOW (*Anat. Anz.*, *X*, *23*, *p. 737*).

En employant la méthode d'Ehrlich au bleu de méthylène, Smirnow a réussi à mettre en évidence dans le cœur des terminaisons nerveuses qui, selon toutes probabilités, sont de nature sensitive. Chez les amphibiens

(grenouille, crapaud) on les trouve dans le tissu conjonctif de la paroi du ventricule et de la partie inférieure de l'oreillette. Elles se présentent sous l'aspect d'arborisations plus ou moins compliquées, dont les fibrilles enchevêtrées sont logées dans une substance grenue très analogue à la substance qui, dans les terminaisons motrices, constitue la semelle de Kühne.

Chez les mammifères, on rencontre également des arborisations de complication variable, surtout dans l'épaisseur de l'endocarde de l'oreillette et dans la cloison interauriculaire. On en observe aussi dans l'endocarde ventriculaire et, chez les petits animaux, dans l'endocarde des oreillettes et du tiers supérieur des ventricules. Enfin il en existe entre les faisceaux du myocarde dans les interstices conjonctifs. Dans les cordages tendineux S. a vu des terminaisons analogues à celles qu'il a décrites dans les tendons des amphibiens.

Le long des troncs nerveux qui accompagnent les artères coronaires se trouvent des cellules multipolaires, situées dans l'adventice ou entre celle-ci et la tunique moyenne. Ces cellules sont entourées par un réseau nerveux délicat et, fait intéressant, un certain nombre de ces réseaux terminaux péri-cellulaires émanent d'une seule et même fibre à myéline. Ces relations entre des terminaisons arborisées et des cellules s'observent dans les éléments ganglionnaires de l'oreillette et du ventricule. Elles rappellent entièrement celles qui sont connues dans les cellules de la chaîne sympathique et de la vessie des amphibiens.

L'auteur a entrepris des expériences pour déterminer l'origine de ces terminaisons sensitives. Les résultats auxquels il est arrivé jusqu'alors lui permettent de penser qu'elles appartiennent au nerf dépresseur.

A. NICOLAS.

Ueber das Vorkommen dorsaler Hypoglossuswurzeln..... (Sur l'existence de racines dorsales de l'hypoglosse, avec ganglion, dans la série des mammifères), par A. FRORIEP et W. BECK (*Anat. Anz.. X, 21, p. 688*).

Les observations de Froriep, chez les embryons de mammifères, ont montré que le nerf grand-hypoglosse dérive d'un groupe de nerfs spinaux dont les racines dorsales, avec leurs ganglions, s'atrophient. Dans le présent travail, les auteurs ont recherché chez des mammifères adultes (61 espèces) l'existence de cette racine, ou de ces racines dorsales. Ils arrivent à cette conclusion générale importante que l'hypoglosse (des mammifères) n'est pas, comme on l'admet communément, un nerf purement ventral. Dans tous les groupes de mammifères il possède (soit pen dant la période embryonnaire, soit chez l'adulte) une ou plusieurs racines dorsales, avec ganglions, bien caractérisées. Il est donc formé selon le type des nerfs spinaux. Cependant il se distingue de la majorité des nerfs spinaux par la réduction de sa racine dorsale (ou de ses racines dorsales), réduction qui, si l'on considère toute la série des mammifères, se présente à tous les degrés, depuis le développement parfait jusqu'à la disparition complète.

A ce point de vue l'hypoglosse n'est pas seul. Car le premier nerf cervical, lui aussi, offre, par sa racine dorsale, toutes les phases d'une réduction identique qui aboutit à sa disparition complète.

Chez l'homme, la racine dorsale de l'hypoglosse (déjà signalée par Mayer, Luschka, Vulpian, Chiarugi, Kazzander) est extrêmement rare. Les auteurs n'en ont pas trouvé la moindre trace chez les 36 sujets qu'ils ont disséqués. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss der Nervenendigungen in Hautgebilden (Contribution à l'étude des terminaisons nerveuses dans des formations cutanées), par W. SZYMONOWICZ (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLV*, *4*, *p. 624*).

Ce travail comprend deux parties :

I. — *Structure et développement des terminaisons nerveuses dans le groin du porc.*

a) Dans le groin du porc on rencontre plusieurs formes de terminaisons nerveuses : 1° Des terminaisons libres intra-épidermiques.; 2° des terminaisons dans les cellules tactiles de Merkel. Celles-ci s'observent dans les extrémités profondes des papilles épidermiques. Elles sont chacune en rapport avec un ménisque qui répond tantôt à leur face profonde, tantôt à leur face superficielle ; les ménisques sont anastomosés entre eux par de fines fibrilles nerveuses ; 3° des massues terminales, logées dans le chorion à la base des papilles, et de structure très simple ; 4° des terminaisons arborescentes à la limite de l'épiderme et du derme (membrane basale), surtout développées là où l'épiderme ne renferme pas de corpuscules de Merkel ; elles ne pénètrent pas dans l'épithélium ; 5° enfin, des terminaisons dans les poils tactiles.

b) Le paragraphe consacré au développement des terminaisons nerveuses se résume ainsi. Les cellules tactiles de Merkel sont d'origine épithéliale. Elles naissent par différenciation d'éléments de la couche de Malpighi, sous l'influence de la pénétration d'une fibre nerveuse et de la formation d'un ménisque. C'est sur des embryons de 11 centimètres qu'on peut, pour la première fois, observer ces deux derniers phénomènes. Avant que les papilles aient fait leur apparition les ménisques tactiles sont répartis plus ou moins régulièrement. Pendant qu'elles se développent, la différenciation des cellules de Merkel (et des ménisques) se fait surtout activement dans les régions inférieures de l'épiderme qui s'enfoncent entre les papilles. Les anastomoses entre ménisques n'apparaissent que plus tard, chez des embryons de 30 centimètres. Quant aux terminaisons intra-épithéliales, elles existent déjà chez des embryons de 11 centimètres. D'abord les fibrilles se ramifient jusque dans les couches les plus superficielles de l'épiderme (E. de 20 à 26 centimètres), mais plus tard elles s'arrêtent à la limite profonde de la couche cornée.

II. — *Terminaisons nerveuses dans les poils tactiles.* — L'auteur les étudie chez la souris blanche, la taupe et le porc. A chaque poil aboutit un faisceau nerveux composé de 80 à 150 fibres à myéline qui traversent la paroi externe du follicule, se séparent en plusieurs faisceaux et finalement, arrivés dans sa paroi interne, se dissocient en quelque sorte de façon à entourer le poil de toutes parts. Au niveau de la dilatation piriforme de la gaine du poil certaines fibres deviennent profondes et atteignent la membrane vitrée, sur la face externe de laquelle ils se terminent par des arborisations compliquées et touffues. Les autres, demeurées superficielles, continuent leur trajet à la surface de la dilatation piriforme, au-

dessous du bourrelet annulaire, se divisent et traversent à différentes hauteurs la vitrée pour se terminer par des ménisques tactiles au contact de cellules de Merkel dans la gaine externe du poil. Enfin, au-dessus de la dilatation piriforme, on observe un plexus annulaire de fibres à myéline et de fibres sans myéline. Avec Bonnet, l'auteur est d'avis que ce plexus provient de nerfs cutanés et n'a pas de relation avec les nerfs précédemment décrits. A. NICOLAS.

Ueber eine besondere Art von eingekapselten Nervenendigungen..... (Sur une espèce particulière de terminaisons nerveuses encapsulées dans les organes génitaux mâles des mammifères), par D. TIMOFEEW (*Anat. Anz., XI, 2, p. 44*).

Poursuivant ses recherches à l'aide du bleu de méthylène sur les terminaisons nerveuses dans les organes génitaux, l'auteur a découvert des organes terminaux remarquables, chez le chat et le chien, dans la capsule conjonctive externe ainsi qu'entre les muscles et les glandes de la prostate, et dans la muqueuse des portions prostatique et membraneuse de l'urètre. — Ces organes, assez semblables en général comme forme à des corpuscules de Pacini, sont, comme ceux-ci, constitués par une série de couches concentriques nucléées encapsulant un espace central occupé par une masse granuleuse et nucléée, dans laquelle viennent se terminer les nerfs. Chaque corpuscule reçoit deux nerfs à myéline. L'un de ceux-ci, toujours plus volumineux que l'autre, traverse la capsule, perd sa myéline et s'aplatit en un ruban à bords dentelés qui suit l'axe de la masse granuleuse centrale dans laquelle il se termine par une extrémité libre. Ce cylindraxe axial ou bien reste indivis, ou bien se ramifie, soit dans le corpuscule alors simple, soit dans un corpuscule composé; chacune de ses branches de ramification se trouvant munie d'un système capsulaire propre. Le deuxième nerf, également à myéline, mais plus petit, traverse aussi la capsule à côté du précédent et se divise ensuite en une arborisation de fines fibrilles qui occupe toute la surface de la masse centrale et forme comme une coque fibrillaire qui ne contracte aucune anastomose avec le ruban cylindraxile axial. Chaque corpuscule reçoit donc (ou est le point de départ) deux terminaisons nerveuses complètement indépendantes. Les nerfs dont elles proviennent semblent émaner de deux sources différentes. A. NICOLAS.

Die Nerven der Sinushaare (Les nerfs des poils à sinus), par ARNSTEIN (*Anat. Anz., X, 24, p. 781*).

Les terminaisons nerveuses des poils tactiles peuvent être distinguées d'après leur situation par rapport à la membrane vitrée, en terminaisons hypolemmales et terminaisons épilemmales.

1° Les terminaisons hypolemmales répondent aux ménisques tactiles et constituent en dedans de la vitrée un appareil étalé de plaquettes minces, anguleuses, unies entre elles par de fines fibrilles variqueuses.

2° Les terminaisons épilemmales sont beaucoup plus nombreuses et aussi plus compliquées. On peut reconnaître : 1° des fibrilles terminales droites qui entourent le cou du follicule pileux et se terminent toutes à peu près à la même hauteur par des élargissements en forme de cuillère ou de hache; 2° des terminaisons arborescentes assez régulièrement dis-

tribuées sur la surface externe de la vitrée, depuis le sommet de la papille jusqu'au cou du follicule ; 3° des terminaisons libres, plus ou moins ramifiées, mais toujours étalées en longueur, sur les travées du tissu caverneux ; 4° un plexus de fibrilles variqueuses sur la paroi du sinus veineux et des espaces caverneux placés au-dessous de lui ; 5° des nerfs vasomoteurs pour les vaisseaux du follicule et de la papille ; 6° des terminaisons motrices pour la musculature annexée au poil. A. NICOLAS.

Supplément à l'étude de l'hématologie; Ire partie : Anatomie et physiologie du sang normal, par WERNICKI (*Lemberg, 1895*).

Wernicki admet que le globule rouge de mammifère est formé d'une couche d'hémoglobine, entourant un noyau lenticulaire, qu'il met en évidence en faisant macérer le sang dans l'acide azotique faible, et qu'il peut ensuite colorer faiblement. Le noyau est toujours près du bord, recouvert d'une grosse couche d'hémoglobine.

Les globules rouges proviendraient des cellules éosinophiles de la moelle et des globules nucléés, iraient dans la rate revêtir leur hémoglobine et seraient alors les hématoblastes d'Hayem. Tous les globules blancs ne sont que les diverses phases de développement d'une seule et même espèce de cellule. Leur destinée est de servir d'élément nutritif pour les cellules de plusieurs tissus, après diapédèse. Leur durée d'existence serait très courte, quelques heures à peine, comme le prouverait l'étude de la leucocytose post-digestive. C. LUZET.

Ueber die Entstehung der eosinophilen Granulationen des Blutes (Sur l'origine des granulations éosinophiles du sang), par N. SACHAROFF (*Arch. für mik. Anat., XLV, 3, p. 370*).

Chez les mammifères, le noyau des hématoblastes renferme des grains nucléolaires dont les caractères et les réactions sont identiques à ceux des granulations éosinophiles. Ces grains sont mis en liberté lors de la destruction du noyau et, selon toutes probabilités, sont incorporés par les leucocytes. Chez les animaux (oiseaux et reptiles) dont les hématoblastes ne perdent pas leur noyau, les phénomènes sont, au fond, absolument les mêmes, et les grains éosinophiles des leucocytes reconnaissent la même origine. Parmi ces grains, les uns ont la forme de bâtonnets et dérivent des éléments nucléaires du noyau des érythrocytes, les autres sont sphériques et proviennent, comme chez les mammifères, de nucléoles émigrés hors du noyau des hématoblastes. Cette théorie qui rattache la formation des cellules à grains éosinophiles à un phénomène de phagocytose, explique plusieurs faits restés jusqu'à présent obscurs : 1° La forme de ces grains ; 2° les variétés de leucocytes éosinophiles ; 3° l'absence dans ceux-ci de granulations pouvant être considérées comme des formes jeunes ; 4° l'augmentation des cellules éosinophiles dans certaines affections qui s'accompagnent de destruction et de régénération des érythrocytes (leucémie, scorbut, scarlatine, etc.). A. NICOLAS.

Sur les cellules éosinophiles, par SIAWCILLO (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 5, p. 289, 25 mai 1895*).

Les cellules éosinophiles ne proviennent pas de la moelle des os, le

sang de la raie, qui n'a pas de moelle osseuse, renfermant de nombreuses granulations éosinophiles. Elles n'ont pas pour rôle de sécréter des alexines; la loche, qui ne possède pas de cellules éosinophiles, supporte bien l'inoculation du charbon sous la peau et dans la région abdominale.

Le charbon ensemencé dans une goutte de sang de la raie, malgré la présence d'une grande quantité de cellules éosinophiles, se multiplie très bien et garde sa virulence. PAUL TISSIER.

Abdominalanastomose der Nabelarterien (Anastomose abdominale des artères ombilicales), par H. v. BARDELEBEN (*Anat. Anz.*, *X*, *22*, *p. 725*).

Description de deux cas intéressants d'anastomose des artères ombilicales chez l'adulte. Dans le premier (H. 23 ans), les deux artères (ou mieux les deux cordons fibreux résultant de leur oblitération) se réunissaient à 2 centimètres au-dessus de la symphyse et formaient avec l'ouraque un cordon allant aboutir à l'ombilic.

Dans le second (H. 35 ans) une anastomose transversale unissait les deux artères, un peu au-dessus de la symphyse et il existait en outre une inégalité de calibre entre ces vaisseaux telle que la partie de l'A. ombilicale gauche située en avant de l'anastomose paraissait être la continuation de l'A. ombilicale droite (en suivant l'anastomose).

Ces dispositions anormales, signalées pour la première fois par Cloquet paraissent être très rares (l'auteur a disséqué 120 sujets).

A. NICOLAS.

Anomalie de la carotide primitive, par MAGE (*Journal méd. de Bordeaux*, *17 mars 1895*).

Cette anomalie consiste dans l'existence d'une collatérale assez volumineuse fournie par la carotide primitive. Cette branche prend naissance à deux centimètres environ au-dessus de la clavicule, sur la face antérieure de la carotide; elle se dirige en haut et en dedans et, après un parcours de 3 à 4 centimètres, elle se divise en deux branches : l'une ascendante et l'autre descendante. La première, après s'être subdivisée en plusieurs petits rameaux, pénètre dans la partie inférieure du corps thyroïde; la deuxième, moins volumineuse, va s'épuiser dans les muscles sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien.

Les deux artères thyroïdiennes normales existant, cette collatérale est une véritable thyroïdienne surnuméraire. OZENNE.

Ueber Sekretkapillaren, par Erik MÜLLER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLIV*, *3*, *p. 463*).

L'auteur résume d'abord les résultats que lui a fournis la méthode de Golgi appliquée à l'étude des capillaires sécréteurs (l'épithète d'excréteurs leur conviendrait mieux) dans les glandes de l'estomac (du fond et du pylore) et dans les glandes de Brunner. Les cellules de bordure sont entourées de fins canalicules qui tantôt s'anastomosent entre eux, tantôt se ramifient et se terminent librement. Suivant la situation plus ou moins profonde de la cellule ils débouchent directement dans le canal excréteur principal ou par un canalicule commun. Dans les glandes ou portions de glandes qui ne renferment que des cellules principales les capillaires secréteurs se présentent simplement comme des diverticules très

fins du canal principal qui s'insinuent entre les cellules épithéliales et se terminent librement au voisinage de la membrane propre glandulaire.

Cette méthode ne renseignant pas d'une façon suffisamment précise sur les connexions des canalicules avec les cellules, Müller a examiné des glandes salivaires, séreuses et muqueuses, fixées par le sublimé et colorées par l'hématoxyline de M. Heidenhain. Il a pu alors reconnaître que les canalicules sécréteurs sont *intercellulaires*. Certaines images pourraient faire croire cependant qu'il en existe aussi d'intracellulaires, mais ce ne sont là que des apparences dues aux hasards de la préparation. Un examen attentif permet de constater que les canalicules ne pénètrent pas dans les cellules. Un autre fait important, c'est que les canalicules ne s'observent que dans les glandes séreuses et entre les éléments des croissants de Giannuzzi ; on n'en trouve pas entre les cellules muqueuses. On peut en conclure, d'une part, que les phénomènes de l'excrétion ne se font pas de la même façon dans les cellules séreuses et dans les cellules muqueuses, et d'autre part, que les éléments des croissants de Giannuzzi n'ont aucun lien de parenté avec les cellules mucipares. A. NICOLAS.

Zur Histogenese des Bindegewebe (Sur l'histogénèse du tissu conjonctif), par Fr. MERKEL (*Verhandl. der Anat. Gesellschaft, p. 47, 1895*).

L'auteur, d'après ses observations sur le cordon ombilical et sur les tendons des doigts chez des embryons humains à différents stades de développement, se rattache à la théorie d'après laquelle les fibrilles conjonctives se forment dans la substance intercellulaire et indépendamment des cellules. D'ailleurs, la marche des phénomènes n'est pas la même, ni dans tous les organes conjonctifs, ni pour un même organe chez toutes les espèces animales, circonstance qui peut expliquer, du moins en partie, les divergences d'opinion. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss des Eleidins in normalen und pathologischveränderte Haut (Sur l'éléïdine dans la peau normale ou altérée), par DREYSEL et OPPLER (*Archiv f. Dermat. u. Syph., XXX, 1*).

La quantité d'éléïdine dans la peau normale est surtout grande à la plante des pieds et à la pulpe des doigts, dans les points où la couche cornée arrive à son maximum d'épaisseur. C'est avec cette épaisseur que la quantité d'éléïdine est en rapport, beaucoup plus qu'avec la quantité de kérato-hyaline. Celle-ci, de même que l'éléïdine, augmente dans certaines maladies de la peau, dans les hyperkératoses. Elles diminuent dans les parakératoses, maladies dans lesquelles la kératinisation est troublée; toutefois l'éléïdine disparaît plus facilement et plus promptement que la kérato-hyaline qui persiste encore à un certain degré même après sa disparition complète. F. BALZER.

Zur Histologie der Speicheldrüsen; die Speicheldrüsen des Igels (Sur l'histologie des glandes salivaires; les glandes salivaires du hérisson), par R. KRAUSE (*Arch. f. mik. Anat., XLV, 1, p. 93*).

Ce travail constitue une contribution intéressante à l'étude histologique des glandes salivaires, envisagées spécialement chez le hérisson. Cet

animal possède trois glandes salivaires paires : rétrolinguale, parotide et sous-maxillaire.

La *glande rétrolinguale* est une glande muqueuse pure. Ses conduits excréteurs intra-glandulaires sont revêtus d'une seule couche de cellules cylindriques à bâtonnets. Ceux-ci, qui occupent, comme on le sait, la zone périphérique de l'élément, sont formés par des grains alignés bout à bout et compris dans les mailles d'un fin réseau cytoplasmique. Les cellules des tubes sécréteurs se présentent sous différentes formes en rapport avec les phases de la sécrétion. A l'état de repos (chez l'animal hibernant) toutes sont gorgées de mucus et affectent l'aspect bien connu des éléments muqueux, largement réticulés. Pour l'auteur, ce réticulum est de nature protoplasmique et ne résulte pas, comme on l'a dit, de la coagulation du mucus. Après un repas les cellules protoplasmiques deviennent très abondantes. Ce sont des cellules muqueuses qui ont plus ou moins vidé leur contenu. Les grains qu'on aperçoit dans un certain nombre d'éléments, n'y préexistent pas. Ils sont dus à la précipitation des substances albuminoïdes intra-cellulaires sous l'influence des réactifs fixateurs. La série des phases de la sécrétion est la suivante :

1° La cellule vide de produit de sécrétion possède un réseau protoplasmique très net, coloré en rouge (après action du liquide de Biondi), dans les mailles duquel sont logés de fins granula également rouges. Le noyau, ovale ou arrondi, montre un réseau chromatique bleu-vert avec nucléoles rouges. Il est placé dans le voisinage de la membrane propre du tube. La taille des cellules, quoique variable, est cependant en général plus faible que celle des éléments muqueux ;

2° La cellule renfermant du mucigène ou quelqu'autre substance prémuqueuse, possède le même réseau protoplasmique rouge, mais les granula sont plus volumineux. Le noyau n'est pas modifié, ni comme structure, ni comme situation ;

3° L'élément en train d'élaborer la mucine se caractérise par l'absence de granula. En certains endroits le protoplasma, auparavant rouge, est devenu bleu. La formation du mucus commence généralement à la périphérie de la cellule, aux environs du noyau. Celui-ci est ovale, avec grand axe perpendiculaire à celui de la cellule ; son réseau chromatique est devenu indistinct ;

4° La cellule muqueuse montre un réseau bleu à larges mailles, occupant tout le corps cellulaire, sauf à proximité du noyau, lequel est ratatiné, anguleux et refoulé contre la membrane propre. La chromatine, par suite de cette diminution de volume de son contenant, est rassemblée en une seule masse. On ne distingue plus de nucléole ;

5° En perdant son contenu muqueux, l'élément revient au stade n° 1. La quantité de protoplasme rouge augmente de plus en plus à partir de la région péri-nucléaire, en même temps que le noyau reprend petit à petit sa forme et ses dimensions. Les nucléoles réapparaissent.

Dans le tissu conjonctif interlobulaire et lorsque la glande est au repos, on observe un grand nombre de cellules à granulations basophiles. Au contraire, dans la glande excitée, on n'y rencontre que des cellules à grains acidophiles.

Parmi les autres faits intéressants l'auteur décrit ensuite les

canalicules intra-cellulaires (Secretions-Kanälchen) qu'il considère comme des voies préformées, quoique dépourvues d'une membrane propre. Il les a retrouvées également dans la parotide et dans la sous-maxillaire.

Ajoutons enfin que pendant le fonctionnement de la glande les éléments épithéliaux des tubes excréteurs ne paraissent être le siège d'aucune modification qui puisse être attribuée à une activité sécrétoire.

Parotide. — C'est une glande séreuse pure dont les éléments sécréteurs sont remplis de granula qui disparaissent pendant la sécrétion. L'auteur signale les cellules centro-acineuses, et décrit en détail les éléments des tubes excréteurs.

Sous-maxillaire. — Dans les tubes de la glande sous-maxillaire on trouve deux sortes d'éléments, non mélangés : des cellules à granula (colorés en rouge par le liquide de Biondi) et des éléments plus grands, à larges mailles, teints en bleu par le même réactif et occupant l'extrémité périphérique des tubes. Ces derniers ne sont nullement des éléments muqueux. Pour diverses raisons l'auteur pense qu'ils sont chargés d'élaborer les sels inorganiques, spécialement le carbonate de sodium, tandis que les cellules à grains sécréteraient les substances albuminoïdes et le carbonate de chaux très abondant dans la sous-maxillaire.

A. NICOLAS.

Sur la signification morphologique de la poche pharyngienne de Seessel, par G. SAINT-REMY (*Soc. de biol.*, *1er juin 1895*).

L'hypophyse est formée par le concours d'ébauches ectodermiques, l'une cérébrale, les autres tégumentaires; et, d'après Kupfer d'une troisième ébauche endodermique correspondante au diverticulum pharyngien ou poche de Seessel. L'auteur vérifie ce fait chez l'oiseau, et signale une communication entre l'ébauche ectodermique (poche de Rahake) et la poche pharyngienne (poche de Seessel), vers la 70e heure de l'incubation chez le poulet. Celle-ci est le représentant morphologique de l'ébauche endodermique de l'hypophyse.

DASTRE.

I. — Contribution à la morphologie des fosses nasales; l'organe de Jacobson, par P. GARNAULT (*Soc. de biol.*, *27 avril 1895*).

II. — L'organe de Jacobson des cheiroptères, par Mathias DUVAL et P. GARNAULT (*Ibidem*, *22 juin 1895*).

I. — Découvert par Jacobson (1811) chez les mammifères, il a été assimilé à l'organe de Ruysch (1703) de l'homme qui a été étudié par Sœmmering (1809), Meckel (1820) et Kœlliker (1877-1883). Cette assimilation a été contredite par Gegenbaur (1885) elle est défendue à nouveau par l'auteur; celui-ci trouve chez les embryons humains de deux à trois mois des filets nerveux de l'olfactif et du nasopalatin qui disparaissent par la suite. Chez le rat, l'organe de Jacobson apparaît d'abord comme une fente du bourgeon frontal tapissé d'un épithélium semblable à celui qui revêt la région olfactive des fosses nasales, qui se forme en tube d'arrière en avant. L'auteur n'a trouvé chez les poissons aucun organe qui pût être considéré comme l'origine de celui de Jacobson : chez les batraciens anoures il s'ho-

mologue avec le cul-de-sac nasal interne, recessus des fosses nasales particulièrement délicat.

II. — L'organe de Jacobson joue un rôle peu important dans le groupe des cheiroptères puisqu'il manque dans deux espèces sur trois examinées de familles différentes ; il se trouve dans un troisième genre appartenant à l'une de ces deux familles, chez la Pipistrelle voisine du Murin qui ne la possède pas. DASTRE.

The pituitary body and the nerve elements therein, par BERKLEY (*John Hopkins hosp. Rep., 1894*).

L'auteur a étudié le corps pituitaire du chien avec la méthode de Golgi. Il démontre que les fibres nerveuses pénètrent avec les vaisseaux dans la substance glandulaire du lobe antérieur, se divisant en fibrilles qui se terminent par de petits renflements au niveau des follicules glandulaires. On n'y trouve pas de cellules nerveuses.

Le lobe postérieur contient, au contraire, des cellules nerveuses et des cellules de revêtement analogues à celles de l'épendyme, ce qui confirme les recherches de Andriezen sur l'organe similaire de l'amphioxus. Dans ces animaux inférieurs, la pituitaire est un organe glandulaire sous-neural, qui présente un canal tapissé par un épithélium vibratile et qui sert de communication entre la cavité buccale et la cavité neurale. Le corps pituitaire des vertébrés supérieurs est un vestige de cette disposition primordiale. H. R.

Ueber die Natur des Schlemm'schen canal und seine Beziehungen zur vorderen Augenkammer (De la nature du canal de Schlemm et ses rapports avec la chambre antérieure), par GUTMANN (*Graefe's Arch., XLI, 1*).

Les uns, avec Schwalbe, ont pris le canal de Schlemm pour un canal lymphatique ; les autres, avec Waldeyer, Rochon-Duvignaud, en font un canal veineux ; c'est à cette opinion que se range l'auteur. Quant à la communication directe entre la chambre antérieure et le canal de Schlemm, elle n'est pas directement démontrée, malgré les injections colorées ; l'auteur est persuadé cependant qu'elle existe, et cela, à travers les espaces intercellulaires de l'épithélium, quand la paroi du canal est suffisamment tendue et que la vis à tergo est suffisante ; les liquides, de là, s'écoulent par les veines sclérales et conjonctivales. ROHMER.

Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs, par Pierre BONNIER (*Soc. de biol., 11 mai 1895*).

Le tronc vestibulaire a 3 noyaux bulbaires recevant tous trois des fibres du nerf ampullaire qui dessert les canaux semi-circulaires (noyau interne, noyau de Bechterew, noyau de Deiters). Celui-ci s'unit par un faisceau direct au noyau de la sixième paire ; par là se trouvent associés les troubles oculo-moteurs et les lésions labyrinthiques. Les auteurs ont observé des troubles (diplopie, strabisme, nystagmus, etc.) dans les cas d'insuffisance ou d'irritation labyrinthique. Dans l'insuffisance labyrinthique (surdité, bourdonnement, vertige, etc.) on constate, outre le signe de Romberg, des mouvements nystagmiques et incohérents quand les pau-

pières sont closes et la déviation conjuguée. Après que le malade ouvre les yeux, il se produit du strabisme avec diplopie, avec retard dans la contraction de la pupille. Une injection dans l'oreille droite pour chasser le bouchon de cérumen produisit une paralysie dans l'accommodation à la distance de l'œil du même côté : l'œil droit était presbyope, tandis que le gauche restait myope. DASTRE.

Ueber die Structur des Nierenepithele (rein), par A. LANDAUER (*Anat. Anz.*, *X*, *20*, *p. 645*).

En appliquant la méthode de Golgi-Cajal à l'étude des épithéliums rénaux, l'auteur a constaté que les cellules des tubes contournés et des branches larges de l'anse de Henle sont pourvues sur leurs faces latérales de crêtes longitudinales auxquelles elles doivent leur aspect strié. Par ces crêtes elles s'engrènent les unes avec les autres.

Les éléments de la branche étroite de l'anse de Henle, ceux des canaux droits et des tubes collecteurs, ont des faces latérales lisses. Chez les animaux nouveau-nés, les crêtes sont déjà formées, mais elles sont moins saillantes que chez l'adulte.

Le nitrate d'argent (par la méthode indiquée) ne colore que les surfaces cellulaires en contact, la surface libre des éléments épithéliaux aussi bien que leur face profonde demeurent incolores. Ce fait semble prouver l'existence sur leur périphérie d'une substance spéciale, ce qui serait en rapport avec le fonctionnement de l'épithélium. On conçoit, en effet, que les liquides sécrétés ne doivent rencontrer aucun obstacle suivant la direction qu'ils ont à suivre. A. NICOLAS.

Sur une nouvelle méthode permettant une détermination topographique exacte des viscères abdominaux et des replis du péritoine, par Ch. DEBIERRE (*Soc. de biol.*, *11 mai 1895*).

Les cavités péritonéale ou intestinale de nouveau-nés sont injectées avec une solution d'acide chromique à 10 0/0 (Zernoff), ce qui fixe invariablement la position des viscères et permet de constater les faits relatifs aux rapports de l'estomac, du grand épiploon, du foie, du côlon transverse, des côlons lombaire, iliaque et pelvien, des diverses fossettes duodénales, de la vessie, de l'utérus et de ses annexes, ainsi que du cul-de-sac de Douglas, faits qui ne sont pas de nature à être résumés.

DASTRE.

Sur la migration des testicules, par A. SOULIÉ (*Soc. de biol.*, *27 avril et 11 mai 1895, et Thèse de Toulouse*, *1895*).

1° La descente des testicules est en rapport avec l'existence d'un ligament inguinal (futur gubernaculum) fixé en haut au corps de Wolff et en bas au *processus vaginal* (amas cellulaire dans le canal inguinal) ;

2° Le processus vaginal s'allonge dans sa totalité (ruminants), ou dans sa partie inférieure (cheval, homme) et déprime le péritoine en un canal vaginal plus ou moins étendu.

3° A l'origine, le gubernaculum s'allonge ; plus tard il reste stationnaire. Dans le premier cas le testicule reste en place ou même s'éloigne

un peu ; dans le second cas il descend. Lorsque le processus a atteint le fond des bourses, le tissu muqueux du gubernaculum se rétracte contribuant à l'abaissement du testicule ;

4° L'aponévrose du grand oblique présente une solution de continuité en regard de l'extrémité inférieure du processus.

5° Le processus, en s'allongeant, entraîne des faisceaux de la musculature abdominale (cremaster). La majorité des fibres crémastériennes, et probablement le faisceau interne tout entier, dérivent du petit oblique. Chez les ruminants le cremaster est un muscle indépendant ;

6° Le gubernaculum des rongeurs contient dans toute sa longueur, des fibres musculaires striées ; chez le fœtus humain elles disparaissent par la suite. Chez les ruminants il n'y en a à aucune époque ;

7° Chez les insectivores et les rongeurs la contraction des cremasters fait rentrer à volonté les testicules dans l'abdomen ; l'effort les en fait sortir ;

8° Les poches scrotales des autres mammifères sont occupées primitivement par du tissu muqueux : les adhérences entre l'extrémité du processus et le scrotum ne se développent que secondairement. DASTRE.

Étude de l'innervation de l'ovaire, par J. DE VOS (*Arch. de pharmacodynamie, I, 4, p. 259*).

De Vos nie l'innervation des capillaires et serait tenté d'admettre des terminaisons intragranuleuses. Il existe dans l'ovaire, en dehors des nerfs vasculaires, d'autres nerfs qui se terminent partout sous l'épithélium germinatif, dans le stroma, autour des follicules et dont la fonction est centripète ; les éléments contractiles lisses sont au moins trop rares pour leur attribuer tous ces nerfs ; dans le stroma il n'existe pas de véritables cellules glandulaires dont ils pourraient être les nerfs glandulaires ou sécrétoires et on n'a encore fourni aucune preuve directe de l'existence des nerfs trophiques. L'excitation centripète que ces nerfs transmettent se réfléchit sans doute sur divers appareils de l'économie, spécialement sur le système utéro-vaginal, en particulier sur son réseau circulatoire.

P. T.

PHYSIOLOGIE.

Sur l'influence de l'inflammation traumatique de l'écorce cérébrale sur son excitabilité, par W. BETCHEREW (*Messager neurol. russe, 1894*).

1° La période latente de l'excitabilité de l'écorce cérébrale est considérablement abrégée lors de l'inflammation traumatique.

2° La destruction opératoire des centres correspondants du côté opposé a une influence dépressive sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale du côté

enflammé, excitabilité qui était exagérée sous l'influence de l'inflammation traumatique.

3e Lorsqu'on a supprimé les centres moteurs de nouvelle formation créés sous l'influence de l'inflammation, ces derniers peuvent réapparaître dans les régions voisines de l'écorce cérébrale, ou dans le territoire d'un autre centre. H. FRENKEL.

L'excitabilicà della zona motrice dapola recisione delle radici spinali posteriori, par TOMASINI (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 295, 1894*).

Après l'excision des racines postérieures, l'excitabilité de la zone rolandique est altérée ; ce qui prouve que l'intégrité de la sensibilité générale est condition nécessaire à la production de mouvements normaux et provoqués. Au début, aussitôt après la section, l'excitabilité rolandique est augmentée, probablement par hyperexcitabilité du centre spinal due à la section même des racines postérieures. Si on attend quelque temps, l'excitabilité de la zone corticale motrice est diminuée. Ces phénomènes ne peuvent être dus à une dégénérescence des muscles des membres, puisqu'ils réagissent à l'excitation de leurs nerfs. Les mouvements provoqués après la section ne sont plus coordonnés, il existe une ataxie cérébrale, ce qui démontre l'existence d'une synergie fonctionnelle entre l'écorce cérébrale et les racines spinales. Il faut donc admettre que les centres rolandiques sont des centres sensitivo-moteurs.

C. LUZET.

Sur les interférences obtenues dans l'excitation unipolaire, par A. CHARPENTIER (*Soc. de biol., 1er juin 1895*).

Deux points A et B sont pris sur un premier nerf sciatique ; un point C sur le second nerf sciatique. A est relié à un pôle d'une bobine induite. B est relié à C par un fil métallique. L'excitation du deuxième nerf sciatique diminue à mesure que l'on augmente l'intervalle AB, devient nulle, puis reparaît et croît. Le phénomène se produit si AB est curarisé, ou même écrasé. Le second nerf est sollicité par deux excitations parties du point B, l'une arrivant par le fil métallique, l'autre par les tissus : ces deux excitations interfèrent entre elles. DASTRE.

La longueur du nerf parcouru par un courant influe-t-elle sur le degré de l'excitation, par A. CHARPENTIER (*Soc. de biologie, 4 mai 1895*).

L'un des pôles de la bobine induite de l'appareil à chariot est mis en relation avec le nerf en un point A, l'autre pôle étant en relation avec le sol ; un second excitateur (crochet avec fil de platine) est mis en rapport avec un second point B du nerf et par son autre extrémité avec le sol. A chaque choc induit, la longueur AB du nerf est parcourue par un courant instantané, dont l'intensité est indépendante de la longueur AB. En faisant varier AB et cherchant l'écart maximum des bobines qui excite efficacement le nerf moteur, on constate que la longueur du nerf parcourue par le courant n'a pas d'influence sur l'excitation produite.

DASTRE.

Le pneumogastrique contient-il des filets moteurs pour la vessie et l'utérus, par C. DELEZENNE (*Soc. de biol., 1er juin 1895*).

On a attribué au vague une action motrice sur la vessie (Stilling et Oehl) et sur l'utérus (Kilian). Ces actions existent réellement, mais disparaissent par la section de la moelle ou chez l'animal anesthésié : ce sont des actions réflexes sous la dépendance de la sensibilité récurrente.

DASTRE.

Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx, par J. BROECKAERT (*Revue de laryng., 1er août 1895*).

L'excitation unilatérale du centre de Krause, à l'aide de courants indirects très faibles, détermine l'adduction des deux cordes.

L'extirpation bilatérale des centres de Krause entraîne l'abolition de l'aboiement, mais l'adduction réflexe des cordes est conservée.

Les nerfs laryngés restent intacts après l'extirpation des centres de Krause, ce qui prouve que toutes les fibres qui interviennent dans l'adduction des cordes proviennent du centre médullaire et non du centre cortical.

L'abolition de l'aboiement persiste pendant quelques semaines, puis insensiblement l'animal réapprend à aboyer. Le centre se refait, très probablement, dans les parties voisines, par un nouvel apprentissage. Ce nouveau centre s'associe, grâce à la loi de la contiguité dans le temps et dans l'espace, aux autres centres qui interviennent dans l'acte complexe de l'aboiement.

A. C.

Muskelarbeit und Glykogenverbrauch (Travail musculaire et destruction de glycogène), par J. SEEGEN (*Arch. f. Physiol., p. 243, 1895, et Centralbl. f. Physiol., IX, p. 193, 1895*).

L'auteur considère le sucre du sang et non le glycogène des muscles comme constituant le combustible qui est la source de l'énergie développée par le muscle pendant sa contraction. Le sang veineux des muscles tétanisés, surtout lorsqu'il s'écoule lentement, est plus pauvre en glycose que le sang artériel.

L'auteur a dosé sur le muscle quadriceps du chien la diminution du glycogène sous l'influence de l'excitation fréquemment répétée du muscle. Le travail exécuté par le muscle était également déterminé et mesuré en kilogrammètres. L'auteur a constaté que la destruction du glycogène pendant la contraction du quadriceps est, en général, considérable et qu'il n'y a aucun rapport entre son importance et celle du travail exécuté par le muscle. Ainsi un chien de 20 kilogrammes, exécutant au moyen du muscle quadriceps un travail fort modéré de 24 kilogrammètres et demi seulement, avait consommé l'énorme quantité de 1gr,6 de glycogène. Si l'on évalue la musculature de ce chien à 8 kilogrammes et son contenu en glycogène à 64 grammes, ces 64 grammes de glycogène, en admettant la même proportion, n'auraient suffi qu'à un travail de 980 kilogrammètres.

Or, le travail musculaire qu'un chien de 20 kilogrammes peut exécuter représente un grand nombre de fois 900 kilogrammètres. L'auteur

en conclut que le glycogène ne saurait être la source de l'énergie musculaire : il aurait pu conclure avec plus de logique que les conditions dans lesquelles son chien avait consommé $1^{gr},6$ de glycogène en ne fournissant que $24^{kgm},5$ de travail étaient des conditions très différentes de celles du travail physiologique et que les contractions musculaires volontaires du chien s'exécutent sans qu'il y ait nécessairement un gaspillage pareil de glycogène.

N'oublions pas que les 64 grammes de glycogène du corps peuvent, par leur combustion, fournir $64 \times 4 \times 425^{kgrm} = 108,800$ kilogrammètres, et que la provision de glycogène des muscles se reconstitue au fur et à mesure de sa consommation. LÉON FREDERICQ.

Nouvelles expériences sur la signification de l'absorption d'oxygène par les muscles extraits du corps, par J. TISSOT (*Soc. de biol.*, *8 juin 1895*).

Un muscle extrait aseptiquement est introduit dans un flacon stérilisé, soumis à un courant d'hydrogène et laissé deux mois en contact avec ce gaz, qui empêche la fixation de l'oxygène par les composants chimiques du muscle. Ce délai écoulé, on offre au muscle mort de l'air et les composés chimiques (supposés invariables) absorbent de l'oxygène. La quantité absorbée est près de trente fois moindre qu'à l'état normal, d'où la conclusion que l'absorption d'oxygène par le muscle est un phénomène vital. Le muscle mort absorbe vingt-sept fois moins que le muscle vivant et son absorption indique la part qui revient au phénomène purement chimique d'oxydation. DASTRE.

Études physiologiques sur la sécrétion lactée chez la femme, par A. JOHANNESSEN (*Norsk. Magazin*, *janvier 1895*).

La quantité totale d'albumine-caséine et de globuline est en moyenne 1,104 0/0 et varie peu autour de ce chiffre. La quantité des graisses varie de 0,63 0/0 à 6,65 0/0, avec une moyenne de 3,21 0/0. Le sucre varie de 2,55 0/0 à 9,77 0/0, avec une moyenne de 4,67 0/0. Le poids spécifique est en raison inverse de la teneur en graisses. La teneur en graisses varie suivant l'heure du jour, avant ou après la succion ; elle est plus considérable après la succion. Par contre, la proportion d'albumine et de sucre est la même avant et après la succion. Dans les 6 premiers mois de la lactation, la quantité d'albumine est plus grande qu'elle ne l'est plus tard (1,192 0/0 contre 0,907) ; le sucre est un peu plus abondant dans les derniers mois, tandis que la matière grasse est plus irrégulièrement répartie. Les personnes vivant de matières amylacées donnent un lait plus pauvre en albumine et en sucre, mais plus riche en matière grasse que celles se nourrissant plutôt de matières grasses et protéiques.

Dans 6 cas sur 43 examinés, on trouva dans le lait des staphylocoques blancs. H. FRENKEL.

Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant, par LINOSSIER et ROQUE (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *2*).

Chez l'homme sain, après ingestion de sucre (saccharose, glucose ou lactose), il est possible de constater dans l'urine le passage d'une fraction

du sucre introduit dans l'organisme ; ceci a lieu quand la dose ingérée dépasse le minimum appelé par Hofmeister *limite d'assimilation*. Ce minimum varie d'un sujet à l'autre (50 à 350 grammes pour le saccharose), et parfois d'un jour à l'autre. Ce minimum ne marque pas la limite en deçà de laquelle tout le sucre est utilisé. Il correspond seulement aux quantités dont l'ingestion ne provoque plus d'élémination urinaire décelable aux réactifs usuels. Il existe plutôt un coefficient individuel d'utilisation. C'est le saccharose qui passe le plus facilement, puis le glucose et le lactose ; ils passent en nature, mais la saccharosurie est toujours accompagnée d'une glycosurie variable. Celle-ci n'est décelable que quand elle atteint déjà une proportion importante. L'élimination du sucre, faible dans l'heure qui suit l'ingestion, devient maxima entre une heure et quatre heures, et se termine après huit heures. La disposition arthritique semble rendre ces phénomènes plus faciles. GIRODE.

Beiträge zur alimentären Glykosurie (Sur la glycosurie alimentaire), par K. MIURA (*Zeit. f. Biologie, XXXII, p. 281, 1895*).

Pas de sucre dans les urines de l'homme après ingestion de grandes quantités de pain ou de riz (400 grammes de riz pour un individu de 46 kilogrammes).

Petites quantités ($0^{gr},769$ et $1^{gr},1484$) de *dextrose* dans les urines humaines après ingestion de 302 grammes et de 430 grammes de dextrose pure.

Chez une chienne de 14 kilogrammes, l'ingestion de 80 grammes de dextrose fit apparaître dans les urines une première fois $4^{gr},099$, une deuxième fois $0^{gr},963$, une troisième fois $0^{gr},453$ de dextrose.

Petites quantités de *lévulose* ($1^{gr},77$) dans les urines humaines, démon trée par la réaction de Seliwanoff, après ingestion de 300 grammes de lévulose. Même résultat chez le chien.

Présence de *maltose* ($2^{gr},258$) dans les urines d'une chienne après ingestion de maltose.

Ingestion de grandes quantités (320 grammes, 400 grammes, 400 grammes) de *sucre de canne*. Apparition dans les urines humaines de $3^{gr},478$, $10^{gr},067$ et $7^{gr},288$ de sucre de canne.

Chez le chien, l'ingestion de sucre de canne, fait apparaître dans les urines un mélange de sucre de canne et de sucre interverti.

Apparition du *sucre de lait* dans les urines de l'homme et du chien après ingestion de grandes quantités de sucre de lait.

LÉON FREDERICQ.

I. — Sur la consommation du maltose par une moisissure nouvelle : « l'eurotiopsis Gayóni », par J. LABORDE (*Soc. de biol., 22 juin 1895*).

II. — Remarque sur la consommation du maltose par les êtres vivants, par E. BOURQUELOT (*Ibidem*).

I. — Ce champignon consomme le maltose sans le dédoubler en glucose : il est directement assimilable et fermentescible (1 0/0 d'alcool) sans transformation préalable par la maltase. Au contraire, si l'on ensemence cette moisissure sur un liquide contenant du maltose et du glucose, on arrive

à saisir un dédoublement. Il y a secrétion de maltase, grâce à la présence du glucose. Si l'on prend la moisissure développée sur la mannite, l'amidon, la dextrine, le sucre interverti, la glycérine, il se produit de la maltose; la diminution du maltose est corrélative de la production du glucose.

II. — B. soutient que la maltose n'est pas directement assimilable : il est transformé en glucose par la maltase et si l'on ne saisit pas le glucose c'est que celui-ci est consommé au fur et à mesure de sa production. La levure produit un ferment soluble hydrolysant du maltose (B. 1886. Em. Fischer, 1894) et celui-ci est d'abord dédoublé en glucose dans la fermentation alcoolique. A. DASTRE.

Ueber die Einwirkung der Magen- und Darmschleimhaut auf einige Biosen und auf Raffinose (Action de la muqueuse gastrique et intestinale sur quelques bioses et sur la raffinose), par W. PAUTZ et J. VOGEL (*Zeitschr. f. Biol., XXXII, p. 305, 1895*).

Les auteurs font macérer à l'étuve des solutions de maltose, d'isomaltose, de lactose et de raffinose avec des fragments ou des extraits de muqueuse gastrique ou intestinale et recherchent les produits de clivage de ces sucres après un certain temps. Ils contatent l'inversion énergique de la maltose et de l'isomaltose, et une décomposition beaucoup plus lente de la lactose et de la raffinose. LÉON FREDERICQ.

Du rôle que jouent les lymphatiques et les veines dans l'absorption des exsudations, par Arvid KELLGREN et Carlo COLOMBO (*Soc. de biol., 15 juin 1895*).

Les auteurs ont fait des injections colorées sous la peau, dans les muscles, les articulations et le péritoine et cherché à déterminer la différence dans le degré d'absorption. Le massage augmente toujours la rapidité de l'absorption des substances injectées ; celle-ci se produit par les lymphatiques et les ganglions voisins. Les injections péritonéales sont absorbées par les lymphatiques de l'abdomen et aussi par ceux du thorax, qui absorbent par la face inférieure du diaphragme. Le pétrissage est plus actif pour les articulations et les muscles, l'effleurage pour l'abdomen. Les veines joueraient aussi un rôle dans l'absorption, particulièrement lorsque les exsudats exercent une pression sur les parois des veines dilatées. DASTRE.

De la prétendue influence des substances albuminoïdes sur l'amidon et le glycogène, par J. STARKE (*Soc. de biol., 15 juin 1895*).

Les substances albuminoïdes transforment l'amidon en sucre ; mais le phénomène est dû à l'intervention des microbes ou des ferments solubles, qui le plus souvent s'y introduisent. Si l'on prend les précautions pour les éviter, on pourra juger la question très débattue encore.

L'auteur opère d'abord sur le blanc d'œuf. Il se débarrasse du sucre qui y est mêlé par dialyse ou il en tient compte par l'analyse. Dans ces conditions, le blanc d'œuf n'a pas d'action saccharifiante. De même pour la fibrine cuite. De même encore pour une globuline contenue dans le blanc d'œuf. DASTRE.

Solubilité relative des ferments solubles dans l'alcool, par A. DASTRE (*Soc. de biol., 25 mai 1895*).

L'auteur constate une digestion des albuminoïdes complète (jusqu'à la tyrosine) avec un pancréas conservé dans l'alcool, digestion portant sur une faible partie, d'ailleurs, du tissu conjonctif. La liqueur marque 44° à l'alcoomètre. La conclusion c'est que le ferment soluble trypsine est très sensiblement soluble dans l'alcool à 44° et capable d'y exercer son activité. La propriété générale que l'on attribue aux ferments non figurés, d'être précipités par l'alcool, est loin d'être absolue. On peut les ranger dans l'ordre suivant, d'après leur solubilité croissante dans l'alcool : émulsine, ptyaline, pepsine, amylose pancréatique, trypsine, myrosine, ferment de gaultérine. Ces faits expliquent la prétendue destruction des ferments non figurés par l'action prolongée de l'alcool. DASTRE.

Zur Kenntniss des Stoffwechsels Zuckerruhrkranker (Échanges nutritifs chez les diabétiques), par W. PAUTZ (*Zeitschr. f. Biol., XXXII, p. 197, 1895*).

L'auteur a déterminé chez 3 personnes saines et chez 24 diabétiques la composition chimique des ingesta et des excreta (urine et excréments). Les deux catégories de sujets étaient soumises à un régime analogue, pauvre en hydrocarbones, riche en graisse et en albuminoïdes. Il ne semble pas y avoir de différence notable entre les sujets diabétiques et les autres, au point de vue de l'intensité des échanges nutritifs et de la dépense journalière évaluée en calories. Chez quelques diabétiques, les excréments sont relativement riches en albuminoïdes, ce qui indique une résorption moins active de l'albumine alimentaire, mais il est possible qu'il s'agisse là de particularités individuelles. LÉON FREDERICQ.

Ist der Dunndarm im Stande, Rohrzucker zu invertiren? (L'intestin grêle est-il capable d'intervertir le sucre de canne?), par K. MIURA (*Zeitschr. f. Biologie, XXXII, p. 255, 1895*).

L'auteur constate l'existence de ferment inversif dans l'intestin grêle, même chez l'enfant mort-né, chez lequel il est impossible d'attribuer son origine, soit au ferment inversif des aliments, soit aux bactéries intestinales.

L'activité du ferment inversif de l'intestin contraste avec la faiblesse de l'action inversive du gros intestin, de l'estomac, du pancréas et de la bile, tant chez le nouveau-né que chez le chien. L'estomac ne joue donc, probablement, aucun rôle important dans l'inversion du sucre de canne des aliments. LÉON FREDERICQ.

Sur le ferment glycolytique produit artificiellement aux dépens de la diastase du malt ou du pancréas, par LÉPINE et MARTZ (*Arch. de méd. exp., VII, 2*).

Le ferment glycolytique, qui dans l'organisme est surtout fixé sur les leucocytes, se retrouve au maximum dans la veine pancréatique, semble produit aux dépens du ferment saccharifiant du même organe, et peut dériver aussi de la diastase salivaire et des amylases, à mesure que ces substances perdent leur pouvoir saccharifiant. Or en ajoutant de la diastase

de malt ordinaire à de l'eau acidifiée à l'acide sulfurique, et en maintenant quelques heures à 38 degrés, on remarque que le mélange a perdu tout pouvoir saccharifiant, mais a gagné un pouvoir glycolytique notable. L'effet est maximum avec 5 grammes de malt par litre d'eau acidulée à 1/1000. En éprouvant méthodiquement le mélange, on peut constater que le ferment glycolytique ne dialyse pas d'une façon sensible. On peut dans des conditions analogues préparer le ferment glycolytique en traitant, par le mélange d'eau et d'acide sulfurique, des fragments broyés de pancréas de chien ou de bœuf. GIRODE.

Centren und Bahnen für die Kauerregung ins Gehirn des Kaninschen (Centres et voies de propagation des excitations motrices pour la mastication chez le lapin, par E.-G. CARPENTER (*Centralbl. f. Physiologie, IX, 1895*).

Le centre des mouvements de la mastication est localisé chez le lapin sur une surface circulaire de 6 millimètres de diamètre, située à 5 millimètres en arrière du lobe olfactif, et sur le côté et en-dessous du lobe antérieur du cerveau. De là on peut suivre les fibres qui convergent dans la couronne radiée, passent par la partie moyenne de la capsule interne et se rendent vers la partie médiane antérieure du pédoncule cérébral.

LÉON FREDERICQ.

Sur les colloïdes de synthèse et la coagulation, par PICKERING et E. GRIMAUX (*Soc. de biologie, 8 juin 1895*).

Grimaux (1884) a fait la synthése de substances colloïdales simples et les a suivies dans leur passage de l'état soluble à l'état insoluble. Il a étudié en particulier les colloïdes suivants : le colloïde amido-benzoïque de 125°, de 135° ; le colloïde de l'anhydride aspartique. Ces corps se comportent comme des protéides et ils produisent, lorsqu'on les injecte dans les veines des lapins (en solutions à 1 à 2 0/0), une coagulation intravasculaire, comme les extraits de différents tissus formés d'une nucléine unie à une matière albuminoïde, et le venin des serpents. Avec les colloïdes de synthèse il se produit un arrêt de la respiration, thrombose généralisée à toutes les veines, aux cavités du cœur et à l'aorte. DASTRE.

Hyperglobulie expérimentale, par E. AUSCHER et Louis LAPICQUE (*Soc. de biol., 25 mai 1895*).

Chez un chien jeune on réduit considérablement le champ de l'hématose en pratiquant un pneumothorax aseptique du côté droit. Le sang est examiné pendant vingt jours; l'animal est dyspnéique sans fièvre. On constate l'augmentation de volume des globules de 48 à 57 à l'hématocrite (Hedin, Gaertner), l'augmentation du nombre des globules de 5,124,000 à 6,480,000 et de la quantité de fer (examinée par la méthode colorimétrique) de 0,35 pour 1,000 à 0,45. DASTRE.

Die osmotische Spannkraft des Blutserums in verschiedenen Stadien Verblutung (La tension osmotique du sérum sanguin aux différents stades de la saignée), par H.-J. HAMBURGER (*Centr. f. Physiologie, IX, p. 241, 1895*).

L'auteur constate chez plusieurs chevaux que la tension osmotique du sérum sanguin reste la même pour les différentes portions de sang

recueillies au cours d'une saignée mortelle, quoique le sang subisse au cours de la saignée une dilution progressive par le fait de la résorption de lymphe interstitielle. La tension osmotique fut déterminée par l'abaissement du point de congélation. LÉON FREDERICQ.

I. — Nouvelles recherches sur la résistance à la fatigue des rats décapsulés depuis longtemps, par BOINET (*Soc. de biologie*, *27 avril 1895*).

II. — Sur les fonctions des capsules surrénales, par ABELOUS et LANGLOIS (*Ibid.*, *4 mai 1895*).

I. — Des rats, doublement décapsulés depuis six ou sept mois, ont presque aussi bien résisté que des rats sains à une fatigue intensive produite soit par la rotation à la vapeur, soit par des décharges électriques.

II. — Le rat est défavorable pour l'étude des fonctions capsulaires, à cause de la fréquence des capsules surrénales accessoires. Il y aurait un rapport certain entre la fatigue et les fonctions surrénales, d'après les faits suivants : 1° la faible résistance à la fatigue des addisoniens (Langlois, Charrin et Abelous) ; 2° la fatigue des grenouilles acapsulées comparativement à celles qui ont leurs deux capsules ou une seule (Abelous) ; 3° l'identité d'effets produits par les extraits de muscles fatigués ou d'animaux acapsulés ; 4° la paralysie plus rapide des grenouilles acapsulées, lorsqu'elles ont exécuté des mouvements volontaires ou réactionnels, et de même pour les lapins (Albanese) ; 5° l'autocurarisation qui suit la capsulectomie (Zucci et Sapini). DASTRE.

Sur l'action anti-toxique des capsules surrénales, par J.-E. ABELOUS (*Société de biol.*, *15 juin 1895*).

Le tissu des capsules surrénales du cobaye exercerait *in vitro*, une action antitoxique sur la nicotine (Charrin et Langlois). Une même dose de sulfate d'atropine détermine des troubles graves chez une grenouille acapsulée, alors qu'aucun trouble ne s'est manifesté chez une grenouille d'un poids moitié moindre, mais dont les capsules n'avaient été que partiellement détruites. Les capsules surrénales semblent capables de diminuer la toxicité de certains alcaloïdes. DASTRE.

Mouvements forcés des canards décapités, par J. DE TARCHANOFF (*Soc. de biol.*, *15 juin 1895*).

Sur des canards on pratique la respiration artificielle, on sectionne la moelle au niveau de la 4e vertèbre cervicale, puis tout le cou plus haut. Ces animaux conservent leur équilibre dans l'eau et non sur le sol, et exécutent périodiquement des mouvements de natation et de vol, des membres, du cou, de la queue, bien coordonnés, sans provocation extérieure. Le maintien de l'équilibre dans l'eau prouve la coordination des mécanismes spinaux chez le canard.

Ces mouvements spontanés peuvent être arrêtés par des excitations extérieures telles que le contact avec le plumage du dos, la production d'un bruit qui fait vibrer les plumes, etc. Ils peuvent être provoqués chez l'animal au repos par le contact d'autres parties (devant de la poitrine).

Ces mouvements automatiques ne sont ni volontaires, ni réflexes ; ils ont pour point de départ l'excitation de la surface de section de la moelle, excitation continue qui dans les mécanismes centraux se transforme en actes périodiques. Ces mouvements sont analogues à ceux que provoquent les sections des corps striés, des tubercules quadrijumeaux, des pédoncules cérébraux (mouvements de manège). La moelle à elle seule et non lésée ne produit point de mouvements sans irritations externes sensibles. Il s'agit donc d'un automatisme provoqué. La forte dyspnée chez le canard produit les mêmes effets que la lésion de la moelle.

Chez le lézard la section de la moelle au-dessus du renflement lombaire produit des mouvements périodiques de la queue durant très longtemps ; on les arrête en pinçant la patte. Le lézard, à cet égard, se comporte comme le canard.

Le canard décapité par section de la moelle peut vivre 24 heures ; s'il y a ablation de la tête, la survie est seulement de deux heures, avec respiration artificielle. La différence peut tenir au dérangement de la circulation nerveuse produit par la décapitation, ou à l'absence de produits céphaliques distribués à la moelle. DASTRE.

Ueber optische Phänomene bei elektricher Reizung des Sehapparates (Sur des phénomènes optiques qui se produisent lors de l'excitation de l'appareil de la vision), par L.-O. FINKELSTEIN (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr.*, *XXVI*, *3*, *p. 867*).

L'auteur a résumé les résultats de ses recherches sous la forme des conclusions suivantes :

1° Nous sommes à même de provoquer la représentation de notre propre champ visuel, au moyen d'une forte excitation électrique de la rétine.

2° Dans ces conditions, notre champ visuel se présente à nous sous la forme d'une surface disposée en mosaïque.

3° De même la fossette centrale se présente sous la forme d'une surface disposée en mosaïque et non dans la forme d'un champ lumineux comme il arrive pour la fossette de Purkinje.

4° Une augmentation de pression n'exerce pas d'influence sur les résultats fournis par l'excitation électrique de l'œil.

5° Lorsqu'on diminue la pression intra-oculaire, on obtient une représentation du point où le nerf optique pénètre dans l'œil ; quelquefois aussi on aperçoit l'image de vaisseaux. E. R.

De la forme des cuisses pendant la marche, par P. RICHER (*Soc. de biol.*, *27 avril 1895*).

La marche est une succession de doubles appuis (les deux pieds reposant sur le sol l'un par le talon l'autre par la pointe) et d'appuis unilatéraux (le corps ne reposant plus que par un pied). La période d'appui unilatérale, plus longue, comprend : 1° le *pas postérieur* (membre portant oblique en haut et en arrière, membre oscillant lui étant postérieur) ; 2° le *moment de la verticale* (le membre portant se redressant jusqu'à la verticale et le membre oscillant passant aussi à la verticale) ; 3° enfin le *pas*

antérieur (la jambe portante étant oblique en haut et en avant et la jambe oscillante étant antérieure). — L'auteur a examiné des séries chronophotographiques chez un homme particulièrement bien musclé, et décrit les phases du phénomène. Il existe un contraste entre les formes du quadriceps des deux cuisses à un même moment, et d'une même cuisse dans les deux phases du pas antérieur et postérieur. Pendant le pas antérieur, ce muscle présente la condition que l'auteur a déjà fait connaître sous le nom de contraction musculaire balistique. DASTRE.

Expériences sur les mélanges réfrigérants, par LEFÈVRE (*Soc. de biol., 11 mai 1895*).

Le mélange filtré de glace pilée et de chlorure de calcium peut fournir un bain liquide à 25° ou 30°. En plaçant des animaux (singe, lapin) dans un bain calorimètre rempli de ce liquide, on peut suivre la marche des températures et des débits calorifiques pendant 5 minutes. On constate que le régime est établi en une à deux minutes, pour le débit qui devient constant ($3^{cg},5$ par minute et par unité de poids) et après 3 ou 4 pour l'abaissement rectal. La quantité de chaleur produite est deux fois plus grande à 7° qu'à 5° et six fois plus grande qu'à 18°. Mais cela ne suffit pas à compenser les pertes de chaleur énormes qui vont en grandissant de plus en plus quand la température du bain s'abaisse. DASTRE.

Variations éprouvées simultanément par diverses régions de l'organisme pendant l'action et la réaction produites par l'eau froide, par J. LEFÈVRE (*Soc. de biol. 15 juin 1895*).

L'auteur a étudié l'effet d'un bain froid et court sur les températures des cinq régions suivantes : bouche, rectum, aisselle, aine, peau à l'ombilic. On constate que la température de la peau reste constante, tandis que les températures des autres parties (profondes) se relèvent après le bain. D'ailleurs, pendant l'action et la réaction, les quatre températures se correspondent. Une seule fois sur six, on a vu l'aisselle et l'aine rester stationnaires tandis que le rectum et la bouche subissaient le mouvement ascensionnel ordinaire. DASTRE.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber die Zersetzung von todtem Blut...... (De la décomposition du sang par l'eau distillée commerciale), par Fr. ESCHBAUM (*Deutsche med. Woch., n° 7, p. 106, 1895*).

Lorsqu'on mêle du sang de cheval avec de l'eau distillée à température ordinaire, on voit se produire, au bout d'une heure et demie, la raie caractéristique de la méthémoglobine, tandis que cette réaction n'a lieu qu'au

bout de quelques jours si on emploie l'eau des conduites de la ville ou l'eau de source chimiquement pure. La réaction est d'autant plus rapide que la quantité d'eau employée est plus petite; elle se produit avec le sang de divers animaux aussi bien qu'avec le sang humain; elle n'est due ni à la présence du peroxyde d'hydrogène, ni à celle de composés nitreux (nitrite d'ammoniaque) qui existent dans l'eau distillée, mais à des doses trop faibles pour produire la réaction. Elle n'est pas due non plus à la présence du chlore, son absence étant démontrée par la réaction de l'aniline, ni aux microorganismes (sarcines jaunes, staphylocoques blancs et dorés) que l'on trouve dans l'eau distillée commerciale.

La stérilisation n'empêche pas la propriété oxydante de se reproduire dans l'eau distillée au bout de quelque temps, l'ébullition la fait disparaître, mais elle se reproduit plus ou moins rapidement. Il paraît probable que la cause réside dans le fait que la vapeur d'eau entraîne pendant la distillation des parcelles provenant des tuyaux dans lesquels elle circule. H. DE BRINON.

Ueber einen Eiweisskörper des Blutes, par DRECHSEL et R. BRUNNER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 19, p. 602, 1er octobre 1894*).

Il y a quelques années, Chabrié a annoncé avoir trouvé, dans le sérum sanguin, un nouveau corps albuminoïde qu'il a dénommé albumone et qui offrait les particularités suivantes. Il se distingue des albumines, parce qu'il n'est pas précipité par l'acide acétique; des peptones, parce qu'il ne donne pas la réaction biuret; des globulines, parce qu'il est soluble. Les expériences de Brunner établissent d'une façon irréfutable, pour Drechsel, que l'albumone n'est pas préformée dans le sérum sanguin, mais que c'est un produit artificiel provenant des deux substances albuminoïdes bien connues du sérum sanguin (séro-albumine et paraglobuline), grâce au traitement que Chabrié leur a fait subir en les coagulant par la chaleur. J. B.

Ueber die Ausscheidung toxischer Substanzen aus dem Organismus bei acuten und chronischen Krankheiten, par Alb. ALBU (*Berlin. klin. Woch., n° 48, p. 1081, 26 novembre 1894*).

Albu a recherché s'il existait des substances toxiques dans l'urine de 3 malades atteints de goitre exophtalmique, de 2 malades atteints de cancer de l'estomac, de 2 urémiques, de 4 phtisiques, etc., etc.; dans les vomissements de 5 cholériques, de 2 malades ayant un cancer gastrique, etc.; dans les matières fécales de divers malades, dont les cholériques, et dans les sueurs d'un tétanique. Il a trouvé des alcaloïdes toxiques dans les urines de 3 des phtisiques, de 2 des malades atteints de goitre exophtalmique, chez un des urémiques, chez la femme atteinte de tétanie, dans le cas d'anémie pernicieuse, dans le cas de septicémie secondaire à un cancer utérin, chez la femme atteinte de coma diabétique avec ramollissement cérébral et dans le cas d'urticaire par autointoxication gastro-intestinale. Les résultats ont été négatifs, en outre, dans le cas de maladie d'Addison, dans celui d'éclampsie, de coma diabétique, de crises gastriques tabétiques, de rhumatisme articulaire aigu et de choléra. Il n'existait de ptomaïnes que dans les vomissements de l'intoxication diges-

tive et de la septicémie par cancer de l'utérus et point dans les différentes selles examinées. D'ailleurs, la quantité recueillie en était toujours trop faible pour pratiquer l'analyse élémentaire. Dans la même maladie, les substances toxiques variaient d'un examen à l'autre.

La femme atteinte de tétanie, et dans les urines de laquelle Albu, de même qu'Ewald (*R. S. M.*, XLIII, 535), a constaté l'existence d'une ptomaïne seulement pendant les accès, a succombé après deux ans et demi de maladie. L'autopsie a révélé de l'anémie et de l'atrophie de tous les organes parenchymateux ; le tube digestif n'offrait qu'une légère côlite ; les centres nerveux étaient sains, ainsi que les muscles et les nerfs des membres supérieurs qui avaient été le siège principal des contractures. Il semble donc certain que la tétanie soit une maladie produite par des ptomaïnes toxiques du tube digestif.

Après avoir essayé les 3 méthodes de Stas et Otto (modifiée par Luff et Griffiths), de Brieger et de Baumann, Albu déclare qu'on ne possède actuellement encore aucun procédé convenable pour la recherche des poisons morbides des sécrétions et excrétions (*R. S. M.*, XLIV, 34). J. B.

Recherches sur l'urologie des cancéreux, par DUPLAY, CAZIN et SAVIEIRE (*Arch. gén. de méd., juillet 1895*).

Les recherches ont porté sur le dosage : 1° de l'urée ; 2° des phosphates ; 3° des chlorures ; et, pour plus de précision, tous les malades ont été pendant quelques jours soumis à un régime uniforme de 3 litres de lait par jour. Les moyennes obtenues par l'examen de 15 malades, atteints de cancers de diverses régions, ont été : 20gr,14 pour l'urée ; 13gr,12 pour les chlorures ; 1gr,80 pour l'acide phosphorique. Les auteurs ont noté d'une manière très évidente des relations entre la quantité d'aliments ingérés et le taux de l'urée. Les malades nourris au lait (cancers de la langue ou des lèvres) prenaient une quantité bien plus considérable que s'ils étaient soumis au régime ordinaire, et l'urée s'élevait de 18 ou 20 grammes à 28 et 32 grammes. En résumé, l'hypoazoturie n'est pas constante chez les cancéreux et ne devient réelle que lorsque les malades ne peuvent plus s'alimenter ; elle n'est qu'une manifestation de la cachexie cancéreuse, quand l'alimentation est insuffisante ; de même en est-il pour l'hypochlorurie et l'hypophosphaturie. H. L.

Contribution à la pathologie de la maladie d'Addison, par C. GIOFFREDI et A. ZINNO (*Progresso med., n° 4, p. 73, 1895*).

Dans un cas de maladie d'Addison les auteurs ont recherché quel était le degré de toxicité des urines ; ils ont trouvé que le coefficient urotoxique était notablement augmenté ; les chiffres obtenus par eux ont été de 0,492 ; 0,746 ; 0,545 ; 0,748 (le coefficient urotoxique normal étant de 0,465, d'après Bouchard). Ils ont constaté que l'augmentation de la toxicité des urines coïncide avec la diminution de l'urine. Ces résultats sont en faveur de la théorie qui fait de la maladie d'Addison, un ensemble de troubles morbides dépendant d'une auto-intoxication. G. LYON.

Ueber das Vorkommen von Pentosen im Harn bei Diabetes mellitus (Présence de pentoses dans l'urine diabétique), par E. KÜLZ et J. VOGEL (*Zeit. f. Biologie XXXII*, *p. 185*, *1895*).

L'auteur démontre la présence de pentose (xylose?) dans l'urine diabétique, en traitant ce liquide par l'acide acétique et la phénylhydrazine, de manière à provoquer la formation d'osazone. Il obtient un mélange d'une grande quantité de dextrosazone insoluble dans l'eau à + 60°, (mais non insoluble dans l'eau bouillante) et d'une osazone soluble dans l'eau à + 60°, fondant vers 158° et contenant la quantité d'azote correspondant à une pentosazone. Il a constaté de cette façon l'existence d'une petite quantité de pentose dans l'urine de patients atteints de formes graves de diabète et chez des chiens à jeun ayant subi l'extirpation du pancréas ou ayant ingéré de la phlorhidzine. LÉON FREDERICQ.

De la toxicité urinaire dans la variole, par AUCHÉ et JONCHÈRES (*Revue de méd.*, *10 juin 1895*).

La toxicité urinaire, dans la variole, se tient aux environs de la normale au stade d'éruption; elle diminue, et quelquefois d'un façon considérable, pendant la fièvre de suppuration, augmente très notablement au moment de la défervescence et revient ensuite à la normale au bout d'un, deux ou trois jours. Assez souvent, il y a, à ce moment, une véritable décharge urotoxique correspondant assez exactement à la crise urinaire.

Dans les cas où des complications fébriles surviennent dans le cours de la convalescence, la toxicité urinaire diminue de nouveau. Elle augmente au moment de la chute thermique.

Le délire de la période aiguë de la variole est vraisemblablement un délire toxique et, dans un cas, Auché et Jonchères l'ont vu suivre exactement les mêmes oscillations que la toxicité urinaire.

Dans la variole hémorragique d'emblée, la courbe et la toxicité urinaires baissent jusqu'au moment de la mort. C. GIRAUDEAU.

Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale, par H. RIEDER (*Thèse de Paris*, *1895*).

Pour éviter les divergences que présentent les auteurs qui se sont occupés de cette question, l'auteur n'a pris que des sujets arrivés à la seconde période de la maladie. Ses résultats confirment pleinement ceux obtenus par Klippel et Serveaux chez des malades arrivés à la même période de leur évolution, à savoir : polyurie, abaissement de la densité de l'urine, diminution de l'excrétion de l'urée, conservation ou légère augmentation de l'acide urique, rapport exagéré de l'acide urique à l'urée, diminution notable des phosphates, augmentation considérable des chlorures; très souvent présence d'albumine, de peptone, d'acétone.

Quatre conditions pathogéniques paraissent intervenir pour expliquer ces résultats : 1° les troubles nerveux vaso-moteurs expliquent la polyurie; 2° la non-rétention de l'eau dans l'organisme, contrairement à ce qui se passe dans d'autres cachexies, donne la raison de l'augmentation des chlorures ; 3° la diminution des autres principes normaux relève de l'état

de cachexie ; 4° des lésions locales (infections secondaires, intoxications, état diathésique antérieur) sont à la charge des autres anomalies et en particulier de l'albuminurie. P. S.

I. — Utilisation des pièces histologiques, spécialement du foie pour la recherche de l'indol et de l'indican, par G. NEPVEU (*Soc. de biol., 27 avril 1895*).

II. — Présence de l'indican et de l'indol dans le tissu des tumeurs, par NEPVEU (*Ibidem, 22 juin 1895*).

I. — Des fragments de foie (d'un sujet mort de fièvre bilieuse hématurique) sont plongés dans la liqueur osmochromacétique de Fol, puis dans l'alcool absolu, que l'on change quatre fois. On retrouve l'indol et l'indican jusque dans l'alcool de quatrième macération : l'indol au moyen de l'acide picrique en dissolution dans la benzine ; l'indican par le nitroprussiate de soude à 5 0/0, la soude à 30 0/0 et l'acide acétique avec addition de quelques gouttes d'acide sulfurique. Le foie emmagasinerait l'indol intestinal.

II. — L'auteur, en opérant sur cinq à six centimètres cubes de macération alcoolique de tumeurs (carcinomes, du sein, du foie, épithéliome du col utérin) ulcérées ou non, y a trouvé l'indican par la réaction précédente.

DASTRE.

L'indicanurie dans les suppurations, par A. TESTI (*Il policlinico, II, 4*).

La constatation de l'indican dans l'urine constitue un utile appoint de diagnostic des suppurations. Testi a pu constater une augmentation notable de l'indican dans les bronchites avec expectoration purulente abondante, notamment dans les bronchites avec dilatation des bronches, dans la pleurésie purulente métapneumonique. G. LYON.

Sur les pigmentations pathologiques, par A. BRAULT (*Soc. anat. Paris, p. 472, mai 1895*).

Conclusions : Les pigments mélaniques sont élaborés directement par les cellules, ils en font partie intégrante.

Les pigments ocres et ferrugineux sont simplement déposés dans les cellules qu'ils infiltrent. On les rencontre dans toutes les circonstances où se produisent des destructions sanguines partielles (foyers hémorragiques) ou générales (anémie pernicieuse, impaludisme, infections et intoxications diverses spontanées ou expérimentales). Les pigments ocres ne sont donc nullement élaborés par les cellules, mais déposés dans leur intérieur pour y être modifiés ou détruits.

Les pigmentations des viscères dans le diabète sucré dérivent également de modifications profondes dans la vitalité globulaire, par conséquent d'une véritable dyscrasie sanguine. MAUBRAC.

Recherches chimiques sur un cas de diabète pigmentaire, par E. AUSCHER et L. LAPICQUE (*Soc. de biol. 25 mai 1895*).

Le sujet présentait les symptômes : diabète sucré, pigmentation bronzée uniforme de la peau, signes de cirrhose hépatique et de tuberculose pul-

monaire. A l'autopsie le foie, la rate, les glandes parotide et sous-maxillaire, les ganglions abdominaux présentaient une couleur ocracée. Ces tissus donnaient la réaction du fer fortement combiné à une matière organique. L'analyse indique dans la rate, 4,2 de fer pour 1,000 de tissu frais; dans le foie, 11,3; dans la parotide, 1,5; dans la sous-maxillaire, 0,7; dans le muscle, 0,20; dans le rein, 0,16; dans les ganglions lymphatiques du hile du foie, 18,5; un autre a donné 13,3. L'examen microscopique du foie montre dans les cellules deux espèces de granulations, les unes rouges, les autres noires. Ces deux pigments diffèrent par leur aspect et par leur proportion chimique, les granulations noires se dissolvant dans les alcalis et le sulfhydrate d'ammoniaque, ce qui ne se produit point pour les rouges. De là un moyen de les séparer, en faisant bouillir le tissu avec la lessive de soude. Les grains rouges persistent. Ils sont formés d'un oxyde hydraté de fer, intermédiaire à $Fe^2O^3,2H^2O$ et $Fe^2O^3,3H^2O$, mais très résistant aux réactifs. La solution alcaline du pigment noir vire spontanément et lentement au rouge et redevient noire par agitation. C'est une matière organique; elle n'a pas été isolée. DASTRE.

Il y a un élément rénal dans le diabète sucré, par LÉPINE (*Congrès de médecine Bordeaux, 1895*).

L'état de fonctionnement du rein est un élément fort important dans la constitution d'une hyperglycémie, celle-ci variant non seulement avec la production et la destruction du sucre mais aussi avec la perméabilité rénale. Il en résulte que le chiffre pour 1000 du sucre de l'urine ne peut donner une idée exacte ni du degré d'hyperglycémie, ni de la gravité du diabète.

Il y a généralement un rapport étroit entre l'hyperglycémie et la polyurie. Lépine a vu pourtant, dans un cas, le sang contenir 5,1 0/0 de sucre, l'urine en renfermer 66 grammes. Dans un autre, avec 4,5 0/0 de sucre dans le sang, l'urine était plus riche et renfermait 74 grammes.

Chez les chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, toutes choses égales d'ailleurs, l'hyperglycémie est en raison inverse de la polyurie, la glycémie étant moindre si le sucre est plus faiblement éliminé par le rein. L. GALLIARD.

Beitrag zur Lehre vom Verhalten des normalen und pathologischen Harns gegenüber dem polarisirten Licht, par Sergio PANSINI (*Berlin. klin. Woch., n° 49, 3 décembre 1895*).

Haas (*Centralbl. f. die med. Wissensch*, 1874) a le premier signalé que l'urine humaine, normale, c'est-à-dire ne contenant ni sucre ni albumine, et ayant une réaction acide, dévie la lumière polarisée à gauche, quels que soient l'âge et le sexe, l'état de santé ou de maladie. Il n'avait constaté qu'une seule exception pour l'urine matinale d'une fillette qui, dès le soir même, était redevenue lévogyre. D'après Haas, ce pouvoir est plus accentué dans l'urine de l'après-midi que dans celle de la nuit; il disparaît tant que l'urine devient alcaline, augmente avec la concentration de l'urine acide, diminue par digestion avec le charbon animal, mais persiste après addition d'acétate de plomb. Johannowski (*Arch.*

f. Gynaek. 1887) a confirmé les résultats de Haas pour l'urine des accouchées saines.

A son tour, Pansini a examiné comment se comportaient, à l'égard de la lumière polarisée, 230 échantillons d'urines d'individus différant d'âge, de sexe, de profession et de maladie. 35 de ces échantillons étaient des urines anormales, à savoir 11 diabétiques, toutes dextrogyres ; 18 albumineuses, toutes lévogyres et 6 ictériques, dont 4 dextrogyres et 2 indifférentes. Des 195 autres échantillons, ne renfermant ni sucre, ni albumine, ni bile, 150 se montrèrent indifférents, 29 dextrogyres et 16 lévogyres, soit comme pourcentage, 70 0/0 indifférents, 19,3 0/0 dextrogyres et 10,7 0/0 lévogyres. Pour les 18 urines albumineuses, la rotation à gauche oscillait entre 0,1 et 0,6, suivant la proportion d'albumine ; après précipitation de l'albumine, ces urines devenaient indifférentes.

Pour les urines non albumineuses lévogyres, la déviation oscillait entre 0,1 et 0,2 ; la plus grande déviation (0,6) a été observée dans un cas de polynévrite.

Dans tous ces cas de rotation à gauche, la déviation était proportionnelle à l'abondance des substances réductrices contenues dans l'urine, mais toutes les urines riches en substances réductrices ne sont pas lévogyres ; 5 d'entre elles étaient indifférentes. Il semble donc très probable que le pouvoir lévogyre de l'urine soit lié à la présence des acides glycuroniques conjugués.

Pour les 11 urines diabétiques, la déviation oscillait entre 2,8 et 7,1 ; deux de ces urines renfermaient en même temps de l'albumine ; une fois celle-ci précipitée, la déviation a augmenté. Après fermentation complète de leur sucre et filtrations réitérées, toutes les urines diabétiques sont devenues indifférentes à l'égard de la lumière polarisée, ce qui paraît montrer que les cas de diabète dans lesquels l'urine contient des substances lévogyres, comme l'ont constaté Seegen, Külz, Minkowski, Worm, sont très rares.

Les résultats obtenus par Pansini pour les urines ictériques contredisent ceux de Cotton, Personne et Henninger (*Bull. soc. chimiq. de Paris*, 1880), qui les ont toujours trouvées lévogyres.

En dehors de l'albuminurie et du diabète, il n'existe donc aucune relation fixe entre le sens dans lequel s'exerce le pouvoir rotatoire de l'urine et l'espèce de maladie.

J. B.

Die Gase der Frauenmilch (Les gaz du lait de femme), par E. KUELZ (*Zeitschr. f. Biol.. XXXII, p. 180, 1895*).

Pflüger avait trouvé dans le lait de vache 0,1 0/0 d'oxygène, 0,7 0/0 d'azote et 7,6 0/0 de CO^2 en volume. Les analyses faites par Külz des gaz du lait de femme ont fourni des résultats assez différents. Voici par exemple les chiffres d'une analyse : 1,25 0/0 oxygène, 3,37 0/0 azote et 2,87 0/0 CO^2.

LÉON FREDERICQ.

Ueber die quantitative Bestimmung des Pepsins im Magensaft, par A. HAMMERSCHLAG (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 944, 8 octobre 1894*).

D'une solution albumineuse au centième, renfermant 4 0/0 d'acide chlorhydrique, on prépare 2 échantillons qu'on additionne l'un de

5 centimètres cubes de suc gastrique, l'autre de 5 centimètres cubes d'eau. On les place une heure à l'étuve et l'on détermine ensuite leur teneur en albumine à l'aide de l'instrument d'Essbach. La différence de teneur en albumine des 2 échantillons donne la quantité d'albumine digérée.

Dans les catarrhes de l'estomac et les dispepsies nerveuses, Hammerschlag a noté une diminution de la digestion de l'albumine, tandis que dans les hypersécrétions, il y avait augmentation ou au moins constance du pouvoir de peptonisation. J. B.

Some researches into the chemistry of typhoid fever, par W. S. FENWICK et J. BOKENHAM (*Brit. med. Journ.*, *p. 801*, *13 avril 1895*).

De leurs recherches sur la rate des typhiques, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Trois variétés de substances chimiques peuvent être retirées de la rate : une albumose, un alcaloïde et des corps gras. L'injection de l'extrait albumineux à des rats et à des cobayes provoque une élévation de la température du corps, qui dure environ 30 heures et s'accompagne d'anorexie et d'amaigrissement. Ordinairement, les animaux survivent ; quand ils succombent on ne trouve aucune lésion caractéristique.

L'administration des alcaloïdes et des substances grasses extraits de la rate ne donne lieu à aucun trouble pathologique. H. R.

Sur un processus d'élimination chez les rachitiques, par ŒCHSNER DE CONINCK (*Soc. de biol.*, *1er juin 1895*).

L'auteur a étudié l'élimination de la magnésie par la voie rénale chez des enfants rachitiques. Il en a trouvé des proportions variables de 9 à 15 milligrammes par litre d'urine et l'on peut se demander si cet oxyde ne remplacerait pas une partie de la chaux dans le système osseux des rachitiques. DASTRE.

Ueber die Enzyme....., par C. FERMI et L. PERNOSSI (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infect.*, *XVIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *IV*, *n° 4*, *p. 190*, *15 février 1895*).

Fermi et Pernossi étudient l'action de divers agents chimiques ou physiques sur les ferments, le sort de ceux-ci dans l'organisme et leur toxicité.

Chaleur. La trypsine, chauffée à l'état sec, ne perd complètement son efficacité qu'à 180°, tandis que si on la chauffe en tubes clos avec des corps à point d'ébullition bas, comme l'éther, la benzine et le chloroforme, il suffit souvent des températures de 80 à 100° pour la détruire.

Lumière solaire. Elle affaiblit les ferments dissous dans les acides, les alcalis et les sels, mais n'agit pas sur les ferments secs.

Gaz. L'hydrogène sulfuré est sans action sur la pepsine, la ptyaline, la diastase et l'émulsine et n'a qu'une action faible sur la trypsine.

Le bioxyde de carbone affaiblit le ferment protéolytique des vibrions du choléra, mais agit peu sur celui des vibrions de Miller et de Deneke.

Autres agents chimiques. L'alcool et le chlorure de calcium sont, à un certain degré de concentration, les substances qui conservent le mieux les propriétés de la trypsine.

La pepsine et la trypsine supportent, sans dommage pendant 5 jours, une solution de carbonate sodique à 30 0/0, tandis que 1 0/0 de liqueur caustique de potasse les détruit en 24 heures.

La pepsine franchit plus aisément les filtres en porcelaine que les autres ferments.

En revanche, pepsine et trypsine sont parfaitement retenues sur un bon parchemin.

La pepsine et la trypsine n'exercent aucun effet fâcheux l'une sur l'autre.

Dans l'urine de l'homme sain ou malade des reins, dans celle du chien, du bœuf, du cheval et du mouton, on ne retrouve jamais de trypsine, bien qu'en elle-même l'urine soit sans action sur ce ferment, même au bout de 48 heures.

Injectées sous la peau, pepsine, trypsine, ptyaline, diastase et émulsine, passent très lentement dans l'urine.

Les ferments stérilisés sont parfaitement inoffensifs pour les cobayes.

J. B.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — **Note sur l'œdème cérébral histologique, par Leopold LEVI** (*Soc. de biologie, 21 avril 1895*).

II. — **Note sur le cerveau infectieux, par le même** (*Ibidem, 11 mai 1895*).

II. — **Sur une lésion particulière des gaines périvasculaires de l'encéphale, par R. LÉPINE** (*Ibid., 25 mai 1895*).

I. — L'œdème se traduit histologiquement par une apparence réticulée du tissu résultant de la mise en évidence des filaments névrogliques, la substance amorphe interstitielle étant chassée par le liquide. L'œdème est toujours en rapport avec les vaisseaux ; il est le plus fréquent dans la substance blanche. Il est limité ou diffus, et présente des apparences diverses (zébrure, gerbe, éventail, collerette). Les lésions concomitantes consistent en distensions des gaines péri-vasculaires et péri-cellulaires, lésions des vaisseaux, congestives ou inflammatoires. Dans l'œdème pur, les fibres à myéline sont intactes. Cet œdème histologique limité à la couche sous-pie-mérienne ou juxta-gaînienne représente un caractère du cerveau du vieillard. Diffus, il serait en rapport avec l'épilepsie, la chorée, le coma.

II. — Dans le cerveau infectieux (infection généralisée avec délire, pneumonie, endocardite végétante avec embolie, infection innommée au cours du goitre exophtalmique), l'auteur a trouvé une lymphangite (inflammation de la paroi externe de la gaine des petits vaisseaux) ou péri-gainite. Elle est très accentuée ; la prolifération dépend de la gaine des vaisseaux ; la lésion est généralisée à tous les vaisseaux d'un territoire.

III. — L'auteur a signalé le premier (1867) l'existence dans les canaux péri-vasculaires du cerveau d'un tissu conjonctif à trabécules délicats et cellules plates. Il a indiqué (1869) dans les grosses gaines péri-vasculaires du corps strié des lésions caractérisées par la présence d'éléments petits, arrondis, à noyau réfringent, à protoplasma ambiant rare, disposés par petits groupes sur les trabécules du tissu conjonctif. C'est une lésion identique à celle qui, pour L. Levi, caractérise le cerveau infectieux et qu'il a observée sur les gaînes les plus petites. L. la considère comme une forme atténuée de méningite propagée dans les gaines. Il ne l'a trouvée ni dans la fièvre typhoïde ni dans la méningite tuberculeuse.

DASTRE.

A case of dermoïd cyst of the brain, par L. WOOD BATHURST (*Brit. med. Journ., p. 1203, 1er juin 1895*).

Femme de 54 ans, d'intelligence faible toute sa vie, atteinte depuis quelque temps de débilité mentale et d'incontinence d'urine. Marche incertaine, chutes fréquentes sans paralysie motrice véritable : sensibilité et réflexes normaux, pas de névrite optique : en somme signes de démence plutôt que de tumeur cérébrale. Mort subite.

A l'autopsie, méningite subaiguë le long de la scissure sylvienne; tuméfaction appréciable du lobe frontal de l'hémisphère droit. A la coupe, apparaît une tumeur enkystée, bilobée, de deux pouces de longueur, située immédiatement au-devant du corps strié droit : la portion antérieure du corps calleux de ce côté est détruite; la substance blanche de l'hémisphère atrophiée, et les circonvolutions réduites à une lame insignifiante. Hydropisie ventriculaire. La tumeur est constituée par un kyste renfermant de la matière sébacée et des cheveux noirs, évidemment de nature dermoïde. H. R.

Sur un cas de dégénérescence ascendante dans les cordons antérieurs et latéraux de la moelle, par J. DÉJERINE et SOTTAS (*Soc. de biol., 8 juin 1895*).

Cas de dégénérescence ascendante occupant la zone des faisceaux pyramidaux directs et croisés, chez un sujet ayant survécu trente ans à une myélite transverse syphilitique. C'est une dégénérescence rétrograde, centripète, cellulipète (en opposition avec la dégénérescence wallérienne, centrifuge) atteignant les fibres pyramidales croisées et directes, à laquelle s'est ajoutée la dégénérescence d'un certain nombre de fibres commissurales.

DASTRE.

Des dégénérescences secondaires du système nerveux; dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde, par DURANTE (*Thèse de Paris, 1895*).

La loi de Waller n'a pas une rigueur aussi absolue qu'on l'a répété jusqu'ici. Non seulement le bout périphérique d'un nerf sectionné dégénère, mais le bout central subit aussi des modifications qu'on a désignées sous le nom de dégénérescence rétrograde. Celle-ci peut apparaître non seulement après la section des tubes nerveux dans leur continuité, mais à la suite de lésions destructives portant uniquement sur les ramifications terminales de ces tubes. Elle ne se produit que si la régénération est empêchée. Si elle n'est pas constante, il est probable qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense. La dégénérescence rétrograde s'ob-

serve dans les nerfs périphériques sensitifs ou moteurs, et également dans les différents faisceaux des centres nerveux. Dans les cordons postérieurs, elle est souvent moins compacte que la dégénérescence ascendante. La dégénérescence rétrograde n'envahit pas simultanément tout le bout central, mais suit une marche ascendante en se propageant progressivement du point lésé vers le centre trophique, vers le noyau d'origine, qu'elle atteint généralement. Elle peut dépasser ce noyau et s'étendre au neurone précédent, en suivant en sens contraire les voies physiologiques du courant nerveux.

L'auteur apporte deux observations cliniques de dégénérescence descendante des cordons postérieurs d'origine cérébrale, dont, jusqu'ici, on n'avait encore signalé l'existence qu'expérimentalement chez les animaux.

La dégénérescence rétrograde est plus tardive que la wallérienne, car elle ne devient guère appréciable qu'au bout de dix à quarante jours. Son évolution est très variable, mais paraît d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune et que la section est plus rapprochée de l'origine du tronc nerveux. Histologiquement, la dégénérescence rétrograde est caractérisée par la myéline atteinte la première (tandis que dans la dégénérescence wallérienne, c'est le cylindraxe qui se modifie d'abord), et la très longue conservation du cylindre-axe qui, souvent, persiste indéfiniment. Tantôt la myéline se désagrège en boules fines, tantôt elle subit une résorption presque moléculaire, qui se manifeste par une atrophie progressive de cette gaine. Les noyaux gris ne sont pas toujours intéressés d'une façon histologiquement appréciable, même lorsque la dégénérescence se propage d'un neurone au neurone suivant. Les lésions qu'on y constate sont d'abord une atrophie simple des cellules nerveuses, avec altération de la substance chromatique, puis une dégénérescence aboutissant à une destruction complète de ces éléments. La pathogénie de cette dégénérescence est encore très obscure et est liée au rôle trophique des cellules nerveuses. Ces faits permettent d'expliquer l'origine et la pathogénie de quelques atrophies musculaires rangées encore dans la catégorie des atrophies réflexes. On pourrait aussi leur attribuer l'incurabilité de certaines paralysies faciales.

Les altérations de la moelle chez les amputés, les altérations spéciales succédant aux traumatismes des nerfs périphériques en sont des conséquences très naturelles.

La connaissance de la dégénérescence rétrograde éclaire aussi le développement de plusieurs variétés de myélites combinées. Certains faits de sclérose latérale amyotrophique concernent peut-être une sclérose ascendante du faisceau pyramidal, consécutive à une affection des cellules des cornes antérieures. Il en est de même de certains cas de maladie de Westphal.

Enfin, un grand nombre d'observations de myélites systématisées combinées ne sont que des dégénérescences descendantes multiples, secondaires à des lésions cérébrales diffuses ou en foyer.

On voit par ce rapide exposé l'importance considérable de ce travail, dont le sujet est tout d'actualité.

P. S.

Ueber das Verhalten des Kleinhirns bei Tabes Dorsalis, par JELLINCK (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 42*, *p. 965*, *15 octobre 1894*).

Etat du cervelet dans 6 cas d'ataxie locomotrice. Voici les lésions constatées dans le cas le plus avancé : 1° atrophie des cellules du corps dentelé; 2° disparition des fibres à myéline verticales qui traversent ce corps ; 3° disparition des fibres les plus fines dans les lobules des hémisphères; 4° atrophie et disparition partielle des vaisseaux du corps dentelé, les plus marquées là où l'atrophie des cellules est plus considérable. Dans les 5 autres cas, les lésions étaient de même nature, mais beaucoup moins nettes. J. B.

Ueber Degeneration im normalen peripheren Nerven, par HAMMER (*Arch. f. mik. Anat.*, *XLX*, *1*, *p. 145*).

On sait, depuis les recherches de S. Mayer, qu'il existe normalement dans les nerfs des fibres en voie de dégénérescence et qui passent par les mêmes phases que les fibres du bout périphérique d'un nerf sectionné. L'auteur s'est proposé de déterminer le degré d'extension quantitative de ce processus chez différents animaux (grenouille, rat, souris). Il a examiné dans ce but les nerfs sciatiques, traités par la méthode de Marchi et débités en coupes longitudinales. Chez les grenouilles et les souris la quantité des fibres dégénérées dans un nerf normal est faible et varie dans des limites étroites, ce qui est tout à fait compatible avec l'idée d'une dégénération physiologique. Au contraire, chez les rats, les fibres dégénérées sont extrêmement abondantes, de sorte qu'on peut se demander si des conditions pathologiques n'interviennent pas ici. Les rats sacrifiés étaient tous en parfait état de santé et ne présentaient aucun signe apparent qui pût faire supposer l'existence d'altérations nerveuses. Mais, d'autre part, aucun caractère histologique ne permet de distinguer la dégénérescence normale de la dégénérescence pathologique. Il en résulte qu'il n'est pas possible d'apprécier d'une façon rigoureuse la valeur de cette différence si accentuée qui sépare le rat des autres animaux examinés. A. NICOLAS.

Anatomie pathologique de la paralysie agitante, par REDLICH (*Jahrb. f. Psych.*, *XII*, *p. 385*).

Travail basé sur sept autopsies. La moelle est surtout atteinte. On trouve de petites plaques de sclérose dans les cordons postérieurs, et aussi, mais moins nettement, dans les cordons latéraux : les cordons antérieurs sont respectés. Les lésions siègent de préférence à la région cervicale et à la région lombaire. La sclérose paraît être d'origine vasculaire : elle a pour conséquence l'atrophie graduelle des fibres nerveuses. H. R.

Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphtéritiques, par CROCQ (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *4*).

L'inoculation sous-cutanée de cultures de bacilles de Lœffler, stérilisées ou non, provoque chez le lapin, pourvu que la survie soit suffisamment longue, un affaiblissement de la motilité débutant dans les membres pos-

térieurs, s'étendant ensuite aux antérieurs et pouvant provoquer une paralysie des quatre membres. La sensibilité ne paraît, en général, aucunement atteinte.

Le poison diphtérique possède une action toxique très puissante sur le système nerveux : il semble, chez le lapin, atteindre exclusivement la moelle épinière, les nerfs médullaires et la partie inférieure du bulbe. Dans la moelle, les cellules de la substance grise se tuméfient, se colorent mal, perdent leur noyau et leurs prolongements; puis la névroglie et le tissu épendymaire prolifèrent, les cellules nerveuses s'atrophient ou même disparaissent, remplacées par du tissu de sclérose. La substance blanche n'est presque jamais altérée. La myélite peut quelquefois évoluer rapidement vers le ramollissement.

Du côté des nerfs, on observe les lésions ordinaires de la névrite parenchymateuse ; la lésion frappe les racines antérieures et respecte les postérieures. Les nerfs craniens ne sont pas intéressés. On doit admettre une subordination de ces lésions; la myélite est primitive et les névrites se développent secondairement. Il y a loin de cet ensemble à la systématisation si particulière de la paralysie diphtérique humaine, qui ne manque guère de frapper d'abord le voile du palais et le pharynx. Mais ici, l'on doit peut-être admettre qu'il s'agit de névrites périphériques primitives. Au contraire, il existe chez l'homme un type généralisant de la paralysie diphtérique, type dans lequel la paralysie semble pouvoir débuter par les membres inférieurs. Il n'est pas contradictoire d'admettre que ces cas ressortissent à une myélite primitive avec névrite secondaire, comme dans les faits expérimentaux précédemment mentionnés. GIRODE.

Nervous symptoms and morbid changes in the spinal cord in certain cases of profound anœmia, par James TAYLOR (*Brit. med. Journ., p. 699, 30 mars 1895*).

Aux cas publiés par Lichtheim, Minnich, Eisenlohr, l'auteur en ajoute 2 personnels. Le premier concerne une femme de 50 ans, entrée à l'hôpital avec de l'ataxie et d'une anémie extrême. La faiblesse s'accrut, il se développa de la paralysie spasmodique et la mort survint dans le marasme. A l'autopsie, dégénération marquée de la moelle au niveau de la substance blanche, avec intégrité de la substance grise. Le second cas a trait à un homme de 43 ans, offrant des symptômes analogues à ceux du tabes. Il devint graduellement plus faible, avec du purpura et des hémorragies rétiniennes et succomba cachectique. Lésions similaires dans la moelle. L'auteur se résume en admettant que dans ces cas il se fait de la sclérose des cordons postérieurs et latéraux, soit sous l'influence de petites hémorragies interstitielles analogues à celles de la peau et de la rétine, soit sous l'influence de l'altération du sang, comme dans le diabète et la pellagre.

Dans la discussion qui suivit cette communication, *Harley* se demande si l'anémie n'est pas la conséquence de l'affection de la moelle, et s'il ne faut pas modifier l'interprétation pathogénique de ces cas.

Gowers assimile le mécanisme de ces lésions à celui des scléroses postsyphilitiques de la moelle. Pour lui, la sclérose des cordons dépend des troubles trophiques subis par les cellules ganglionnaires au niveau des racines postérieures. Cette distribution anatomique des lésions se rencontre dans tous les états toxiques, plomb, arsenic, diphtérie ; et il est probable que dans l'anémie pernicieuse il existe une toxine du même genre.

W. Hunter admet que l'anémie pernicieuse est une toxémie, sans pourtant affirmer qu'elle retentit d'une façon constante sur la moelle, et qu'une fois localisée aux centres nerveux elle y détermine des lésions définitives. Il a vu dans un cas des symptômes spinaux, très alarmants, disparaître sous l'influence d'un traitement par l'arsenic et le mercure.

Buzzard fait ressortir la similitude de la chlorose simple avec les faits d'anémie pernicieuse. Dans la chlorose on voit souvent des troubles spinaux passagers, tels que la suppression des réflexes rotuliens et de l'affaiblissement des membres inférieurs.

Mott a vu, dans un cas d'anémie pernicieuse, des cellules pyramidales de la zone motrice corticale du cerveau atteints de dégénérescence graisseuse. Par contre, *Baumann*, sur cinq cas d'anémie pernicieuse avec autopsie, n'a rencontré aucune lésion de la moelle.

Ormerod croit à l'origine toxique de ces scléroses spinales, mais il se demande si l'usage prolongé de l'arsenic à haute dose dans le traitement ne peut pas contribuer à créer des névrites périphériques et des troubles trophiques qui altèrent secondairement la moelle. H. R.

Un cas de tubercule de la membrane interne de l'aorte, par Victor HANOT et Léopold LÉVI (*Soc. de biol.*, *22 juin 1895*).

Cas de granulie chez un homme de 61 ans; existence d'un tubercule au niveau de la partie supérieure de l'aorte pectorale dans l'intervalle de l'origine des artères intercostales, du volume d'une petite tête d'épingle, de date récente, dont le centre est en voie de caséification. DASTRE.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, par HAYEM (*Soc. méd. des hôp.*, *5 avril 1895*).

Sur un homme, grand alcoolique, qui mourut d'une péritonite suraiguë due à une perforation cratériforme de l'estomac, Hayem trouva les lésions histologiques suivantes : 1° toute la région peptique est le siège d'une gastrite parenchymateuse pure; dans la région du pylore règne une gastrite mixte, surtout interstitielle; les coupes pratiquées autour et au niveau de l'ulcère montrent un fort épaississement de la couche muqueuse jusqu'à 5 et 6 millimètres. Cette hypertrophie est due à une infiltration adénomateuse; c'est dans ce tissu adénomateux qu'est taillé l'ulcère; ce tissu est constitué par des grappes de vésicules arrondies, tapissées d'épithélium pavimenteux et reproduisant le type des glandes de Brunner; la muqueuse est infiltrée de cellules lymphoïdes. En résumé, l'ulcère est un néoplasme bénin ulcéré; le tissu adénomateux serait developpé surtout aux dépens de la couche *muscularis mucosæ*. H. R.

I. — Contributions anatomiques à l'étude de la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac, par JACOT-DESCOMBES (*Revue méd. Suisse romande*, *XV*, *68*, *janvier 1895*).

II. — Das Verhalten der Verdauungsleukocytose bei Carcinoma ventriculi und Ulcus rotundum, par J. SCHNEYER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 41*, *p. 945*, *8 octobre 1894*).

I. — De l'analyse de 47 autopsies d'ulcères ronds de l'estomac, pratiquées à l'hôpital cantonal de Genève, Jacot conclut que 28 d'entre eux

peuvent être rapportés à une oblitération artérielle. Pour lui, l'ulcère rond est toujours dû à des troubles circulatoires locaux, qui déterminent des troubles nutritifs circonscrits dans la paroi stomacale et amènent, sous l'influence du suc gastrique, la formation ulcéreuse. Ces troubles sont très fréquemment dûs à l'embolie; la thrombose autochthone et l'endartérite déformante sont plus rarement en cause. Les hémorragies interstitielles étrangères à une oblitération vasculaire sont tout au moins rares. La stase veineuse du système porte et la gastrite chronique doivent être complètement éliminées de l'étiologie de l'ulcère.

II. — Schneyer a compté les leucocytes du sang dans 18 cas de cancer gastrique, 3 cas de rétrécissement bénin du pylore et 8 cas d'ulcère rond, d'une part, avant le repas d'épreuve, après 16 heures de jeûne, d'autre part, 1, 2 et 3 heures après ce repas. Il a constaté l'absence de leucocytose dans tous les cancers et dans un ulcère. Il conclut que l'existence d'une leucocytose de digestion est contraire à l'idée d'un cancer, tandis que son absence ne permet pas d'affirmer l'existence du cancer, puisqu'elle peut s'observer aussi dans les conditions normales. J. B.

La bile et le bacille de Koch; la tuberculose des voies biliaires, par E. SERGENT (*Soc. de biol., 11 mai 1895*).

Il y a chez les sujets tuberculeux fréquemment une tuberculisation du foie qui se systématise suivant les voies biliaires (tubercules péri-biliaires) angiocholite tuberculeuse. L'auteur a cherché si la tuberculisation se faisait par la voie ascendante ou descendante et la manière dont le bacille de Koch se comportait dans la bile. On a admis (Kotlar) que l'infection se faisait par la voie du sang (voie descendante). L'auteur contredit le fait sur lequel est appuyée cette opinion, à savoir qu'il n'y a de bacilles que dans les cellules géantes des parois des cavernes et jamais dans leur contenu, ni dans la bile; il a trouvé la communication de la caverne avec le conduit biliaire, des bacilles de Koch à l'intérieur des cavernes jeunes, des bacilles vivant dans la bile de la vésicule (ensemencement, inoculation). Le bacille ne perd point par un séjour prolongé dans la bile son pouvoir de coloration (contrairement à Brissaud et Toupet), il ne perd pas davantage son pouvoir de développement, ni ses caractères de virulence. Dans le cas de tuberculose des voies biliaires, on trouve toujours un gros ganglion caséeux dans l'angle pancréatico-duodénal où le cholédoque s'enfonce dans le pancréas. La tuberculisation non systématisée des voies biliaires se fait de dehors en dedans (chiens tuberculisés par la voie veineuse). La tuberculisation systématisée peut se faire de dedans en dehors (infection tuberculeuse ascendante des voies biliaires, chiens inoculés dans le cholédoque avec ou sans ligature).

DASTRE.

Intorno ad alcune particolarità del fegato fetale ed infantile, par HERLITZKA (*Lo Sperimentale, sezione biol., p. 383, 1895*).

Les amas d'éléments sanguins extravasculaires sont un des caractères du foie embryonnaire et sont en rapport avec la fonction hématopoiétique de cet organe. Ils sont constitués par des cellules uniformes, pauvres en

cytoplasma avec un noyau rond fortement colorable. Leur nombre varie beaucoup; elles sont directement adossées aux cellules hépatiques et séparées du torrent circulatoire par la paroi des capillaires. Leur origine est due aux éléments sanguins en circulation, qui, par suite du développement des cellules hépatiques, restent inclus dans des espaces extra-vasculaires. Par suite de l'accroissement des cellules glandulaires, les amas se réduisent peu à peu, leurs cellules passent dans le torrent circulatoire en usant la paroi du capillaire. Ils disparaissent entièrement vers le sixième mois extra-utérin. Ce passage peut être retardé par des causes pathologiques, diminuant la vitalité des cellules hépatiques et augmentant l'activité multiplicatrice des cellules sanguines. Le foie adulte, s'il redevient territoire hématopoiétique, ne présente pas un vrai retour à des conditions embryonnaires : ses amas s'en distinguent en ce qu'ils sont contenus dans la lumière des capillaires sanguins. C. LUZET.

Ueber die Hypertrophie..... (De l'hypertrophie et de la néoformation de la substance du foie), par FLÖCK (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *LV*, *p. 397*).

Flöck donne un travail confirmatif de celui de Meister (*R. S. M.*, XLV, 48) et arrive aux mêmes conclusions. Il dit avoir noté ce travail de régénération dans deux cas de cancer du foie chez l'homme où il aurait vu dans les parties restées indemnes et à côté de l'infiltration cancéreuse des tentatives de régénération du foie sous forme de cellules hépatiques grandes, claires, à gros noyau et à mitoses. C. LUZET.

Du rein sénile chez le chien (anatomie pathologique et pathogénie), par PORCHER (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *4*).

Les reins présentent presque constamment chez les vieux chiens d'importantes altérations. Ils sont atrophiés, plus fermes; leur surface est inégale, vallonnée, semée de tractus cicatriciels. La capsule est épaissie : il y a des kystes superficiels de différents calibres, et sur les coupes on aperçoit dans la substance médullaire des tractus fibreux représentés par des nodi grisâtres irréguliers. Histologiquement, il s'agit surtout de sclérose atteignant les artères, le glomérule, le tissu conjonctif intertubulaire. Cette sclérose n'a rien de systématique. Elle entraîne secondairement la production de kystes et d'adénomes, avec quelques lésions épithéliales. L'origine de ces processus pathologiques réside dans la présence de colonisations microbiennes (coli-bacille, staphylocoques). Il s'agit de germes importés en quantité restreinte, et d'espèces peu actives. Les poisons éliminés interviennent sans doute aussi. Mais la nature locale microbienne et atténuée de la cause pathogène explique l'irrégularité des lésions et la longue tolérance du processus atrophique. GIRODE.

Coexistence de la leucocythémie vraie et d'un cancer épithélial, par LANNOIS et REGAUD (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *2*).

L'évolution des cancers, surtout de certains sarcomes et lymphadénomes, peut entraîner un certain degré de leucocytose et des dégénérescences ganglionnaires plus ou moins étendues. Mais cela n'arrive jamais comme degré à l'altération suivante.

Chez une femme de 58 ans, atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus, on assiste au développement d'un ensemble clinique permettant d'affirmer la lymphadénie : tuméfaction splénique et ganglionnaire considérable, leucocytose prononcée (1 leucocyte pour 25 hématies). La malade ayant succombé à une infection streptococcique à départ utérin, l'autopsie confirme les données précédentes et montre des néoformations lymphadéniques typiques de la rate, du foie et des ganglions. Si la leucémie devait avec Bard être considérée comme l'affection cancéreuse du sang, les faits analogues au précédent pourraient être considérés comme la coexistence de deux cancers de type histologique différent, ainsi qu'on en a cité d'autres exemples. GIRODE

Étude sur l'appendicite folliculaire, par PILLIET et COSTES (*Société anat. Paris, p. 19, janvier 1895*).

Dans l'appendicite folliculaire, les glandes superficielles de la muqueuse sont en général atrophiées ou disparues, leur chorion est chargé de leucocytes, et ces éléments, détruisant la paroi du tube mucopare, désagrègent ses cellules qui sont expulsées dans la cavité de l'appendice où elles contribuent à former du mucopus.

Dans les cas pathologiques, les follicules sont envahis par leur périphérie et par leur centre. Les vaisseaux sont remplis de leucocytes au pourtour des follicules : sous l'influence des corps irritants, microbes ou toxines, absorbés par les voies lymphatiques et amenés au follicule, ces vaisseaux subissent une diapédèse considérable : puis les vaisseaux se thrombosent au fur et à mesure qu'ils sont envahis par les leucocytes, les éléments du centre se nécrosent, et ainsi se trouve constitué l'abcès miliaire initial.

La zone périphérique du follicule s'enflamme à son tour, et le chorion est bientôt transformé en tissu lardacé, rempli de graisse enflammée, comme dans les affections du cœcum ; cette inflammation gagne le tissu sous-péritonéal et les lymphatiques du péritoine : des adhérences avec le tissu voisin s'établissent. L'ulcération des follicules gagne donc un tissu friable, tout préparé pour la rupture de l'appendice, et la suppuration de la coque inflammatoire qui s'est développée autour de lui. MAUBRAC.

Rhumatisme chronique multi-articulaire, par FOLLI (*Il Policlinico, décembre 1894*).

Folli rapporte en détail trois cas de rhumatisme chronique avec autopsie. Dans les deux premiers cas, caractérisés par les déformations classiques des petites jointures, il existait des lésions des cellules des cornes antérieures de la moelle, atrophiques et dégénératives ; les altérations des nerfs périphériques étaient moins prononcées, quoique non douteuses. Dans le troisième cas, où le rhumatisme atteignait presque exclusivement les épaules, les lésions spinales étaient peu marquées, tandis que les muscles et les articulations étaient fort malades. Cependant, il y avait diminution de nombre et de volume des cellules motrices des cornes antérieures ; raréfaction de la névroglie. L'auteur regarde en pareil cas les lésions spinales comme primitives. H. R.

Anatomie pathologique des muscles respiratoires dans les pleurésies aiguës, par A.-K. CHOURIGUINE (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

L'auteur provoque, chez des chiens et des lapins, une pleurésie aiguë en injectant 5 gouttes d'essence de térébenthine dans le sac pleural; puis il sacrifie l'animal 3, 6, 10 et 12 jours après l'injection. Il étudie, en outre, les lésions musculaires de la pleurésie ancienne sur deux cadavres humains.

Les lésions observées se rapportent aux fibres musculaires qui peuvent être atteintes directement ou bien par continuité de la plèvre enflammée. Du côté de la plèvre, on observe : macroscopiquement, un aspect dépoli, mat, de la rougeur, des points hémorragiques; microscopiquement, un exsudat fibrineux, de nombreux globules blancs et quelques globules rouges; de plus, suivant le stade du processus, des granulations plus ou moins caractérisées. Ce processus de granulation s'étend de la plèvre enflammée sur les faisceaux musculaires des muscles intercostaux et du diaphragme. L'infiltration leucocytaire est le plus accusée au voisinage des vaisseaux et du tissu conjonctif sous-pleural; elle se propage ensuite entre les faisceaux musculaires et même entre les fibres. Dans la pleurésie ancienne, le tissu fibreux est constitué en abondance entre les fibres musculaires. Les fibres elles-mêmes commencent à se tuméfier dès le quatrième jour après l'injection; la striation transversale commence à disparaître et la fibre musculaire prend un aspect trouble ou bien celui de la dégénérescence zenkérienne. Les noyaux du sarcolemme sont tuméfiés et prennent mal les couleurs; parfois il y a multiplication des noyaux, ces lésions sont le plus accusées 8 jours après l'injection. Dans les cas anciens, les fibres musculaires étouffées par le tissu conjonctif présentent l'aspect de l'atrophie simple allant à la disparition complète. La distribution des lésions dans les muscles est assez irrégulière.

H. FRENKEL.

Klinische und anatomische Mittheilungen..... (L'induration pulmonaire : recherches cliniques et anatomo-pathologiques), par A. FRÄNKEL (*Deutsche med. Woch., nos 10, 11 et 12, 1895*).

Le fait caractéristique de l'induration pulmonaire est le développement du tissu conjonctif dans la cavité des alvéoles. L'auteur laisse de côté les indurations consécutives à des processus inflammatoires à marche chronique : inhalations de poussières, syphilis, bronchectasie, tuberculose et actinomycose. Il ne s'occupe que des indurations consécutives à des processus aigus.

En première ligne, vient l'induration consécutive à la pneumonie lobaire. L'exsudat qui remplit les alvéoles s'organise en tissu conjonctif comme un thrombus. Trois signes permettent de reconnaître ce mode de terminaison extrêmement rare (1 0/0) de la pneumonie aiguë : 1° la persistance de la fièvre; 2° la persistance de la matité; 3° la rétraction progressive de la partie correspondante du thorax. Dans deux cas observés par Fraenkel, l'organisation conjonctive était complète dès le seizième et le vingtième jour après le début de la pneumonie. L'alcoolisme, l'âge avancé, la faiblesse générale ne sont pas à noter comme causes de

grave terminaison; la cause immédiate ne réside pas dans un obstacle à la disparition de l'exsudat soit par l'expectoration, soit par résorption lymphatique; il y a là un phénomène d'origine bactérienne dont l'explication n'est pas encore connue.

Une seconde forme d'induration est celle produite à la suite de la broncho-pneumonie ou de la bronchite capillaire : elle s'observe assez souvent chez l'enfant; chez l'adulte, elle se produit à la suite de pneumonie grippale et elle est très difficile à distinguer de la tuberculose.

Une troisième forme se présente à la suite des pneumonies dues à l'opération de corps étrangers; elle est caractérisée par la fréquence des foyers de ramollissement qui semble, au premier abord, incompatible avec l'induration consécutive. Il semble que, dans ces cas, la présence de corps étrangers détermine dans les alvéoles une prolifération de l'épithélium qui les remplit et subit bientôt la dégénérescence graisseuse. La paroi privée de son revêtement sécrète une lymphe albumineuse, pauvre en fibrine et en leucocyte. A cette troisième forme se rattache l'induration que l'on observe autour des foyers de gangrène; il se produit là aussi des pneumonies par aspiration de sécrétions septiques. Enfin, l'induration produite autour des anévrismes de l'aorte appartient également à cette troisième forme.

Le quatrième et dernier type comprend les indurations observées à la suite des poussées pneumoniques d'origine tuberculeuse. H. DE BRINON.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Suture du cœur, par SIMPLICIO DEL VECCHIO (*La Riforma med., n° 79, 1895*).

Une condition essentielle pour la réunion d'une plaie qui a été suturée est le repos de la région; il semble donc que la suture d'une plaie pénétrante du cœur ne puisse jamais être suivie de succès; cependant cette suture est possible, ainsi qu'il résulte d'expériences faites sur divers animaux. Un chien, à qui une suture à points séparés avait été faite, fut sacrifié au bout de 42 jours, et l'autopsie montra la cicatrisation parfaite de la plaie.

L'auteur a imaginé un procédé opératoire qui permet d'arriver sur le cœur, chez l'homme, sans ouvrir la plèvre : le long du bord gauche du sternum il pratique une incision qui va du rebord inférieur du 3e cartilage costal jusqu'au bord supérieur du 7e. Parallèlement à cette incision, et en dehors de celle-ci, il pratique une seconde incision sur le sein gauche, qui va aussi du rebord inférieur de la 3e côte au rebord supérieur de la 7e. Une incision transversale au milieu du quatrième espace intercostal unit les deux incisions précédentes. Les incisions longitudinales intéressent tous les tissus mous jusqu'aux côtes; la transversale com-

prend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le grand pectoral. Les muscles intercostaux sont incisés sur la sonde cannelée jusqu'à la plèvre. En dehors de l'incision transversale on décolle doucement avec le doigt la plèvre avec l'aponévrose intra-thoracique de la paroi osseuse. On sectionne les quatrième, cinquième et sixième côtes et on détache les cartilages à leur implantation sternale. L'aire cardiaque se trouve directement en contact avec la paroi, la plèvre étant facilement décollée avec le doigt, et l'on peut attirer et fixer facilement le péricarde au dehors, puis exécuter la suture. G. LYON.

Sur les causes de la mort des animaux thyroïdectomisés, par J. ROSENBLATT (*Arch. des sc. biol. de St-Pétersbourg, III, p. 3*)

Les conséquences de la thyroïdectomie expérimentale chez le chien sont la formation dans l'organisme de toxines qui n'ont d'abord aucun retentissement sur l'état général mais portent tout d'abord leur action sur le rein. Il s'ensuit une dégénération colloïde des cellules des tubes contournés, et la perte de la faculté que possède le rein, d'éliminer en quantité suffisante la toxine formée à la suite de la thyroïdectomie, aussi bien que les produits toxiques de l'échange vital qu'ils éliminent à l'état normal.

La vraie cause de la mort des animaux thyroïdectomisés est donc la rétention dans l'organisme des toxines que la dégénération colloïde des cellules rénales ne permet plus d'éliminer : les animaux thyroïdectomisés meurent par le rein. Aussi peut-on retarder leur mort par l'usage des diurétiques, et surtout par l'absence d'alimentation carnée.

Rosenblatt en conclut qu'il est bien possible que le succès de la méthode substitutive (injection de suc thyroïdien, ou ingestion de corps thyroïde) soient dus en partie aux propriétés diurétiques des préparations de glande thyroïde, propriétés déjà signalées par Harry Fenwick et, après lui, par nombre d'autres auteurs. E. MOSNY.

Le pouvoir bactéricide du sang après la thyroïdectomie, par BIANCHI-MARIOTTI (*La Riforma med., n° 81, p. 64, 1895*).

B.-M. a recherché, si le pouvoir bactéricide du sang de chien à l'égard du coli-bacille est modifié par la thyroïdectomie ; ses expériences lui ont démontré que ce pouvoir bactéricide restait sensiblement le même. Charrin avait constaté que l'ablation du corps thyroïde chez le lapin altère l'immunité naturelle de cet animal envers le bacille pyocyanique.

G. LYON.

L'hyperglobulie dans l'asphyxie expérimentale, par JOLYET et SELLIER (*Société de biol., 18 mai 1895*).

Viault a établi que le sang des animaux et de l'homme vivant sur les hauts plateaux est beaucoup plus riche en hématies que celui des animaux de même espèce vivant dans les basses régions ; que les animaux de la plaine subitement transportés à de grandes altitudes, ne tardent pas à avoir dans leur sang un nombre considérable de jeunes globules qui n'y existaient pas avant leur arrivée à ces hauteurs.

Sellier a reproduit dans le laboratoire l'hyperglobulie des altitudes. S. et J. ont vu que la cause de l'hyperglobulie n'était pas le résultat de l'abaissement de pression, mais de l'abaissement de tension de l'oxygène dans le mélange. On l'obtient à la pression ordinaire avec des mélanges azote-oxygène, pauvres en oxygène. Inversement la diminution de pression avec augmentation correspondante de l'oxygène ne produit pas l'hyperglobulie. L'hyperglobulie se produit rapidement dans l'asphyxie expérimentale progressive. Chez une poule à respiration gênée le nombre des globules passe de 3,000,000 environ à 3,600,000. L'augmentation porte sur les globulins. DASTRE.

On the rendering of animals immune against the venom of the cobra and other serpents, par Thomas FRASER (*Brit. med. Journ., p. 1309, 15 juin 1895*).

Fraser expose les expériences qu'il poursuit, depuis plusieurs années, pour immuniser les animaux contre la morsure des serpents les plus venimeux, tels que le cobra, le crotale, le trigonocéphale, le diamenia de l'Australie, etc. Après avoir déterminé exactement la dose mortelle pour chaque animal (elle varie de $0^{gr},00018$ à $0^{gr},002$), il commence par injecter progressivement des doses inférieures, et constate que chaque animal préventivement inoculé peut subir ultérieurement une inoculation plus considérable : ainsi un lapin a pu recevoir, sans en être incommodé, deux fois la dose mortelle minimum du venin de crotale pendant 20 jours consécutifs.

C'est le sérum des animaux ainsi préparés qui est injecté à d'autres animaux pour les immuniser contre les morsures venimeuses. Le sérum peut être employé pur ou délayé dans de l'eau, après avoir été préalablement séché.

L'auteur institue 4 séries d'expériences : 1° injection simultanée du venin et du sérum antitoxique préalablement mélangés; 2° injection séparée du sérum et du venin simultanément sur deux points opposés du corps; 4° injection du sérum quelque temps avant celle du venin; 4° injection du venin quelque temps avant celle du sérum.

a) Dans la première série d'expériences, une dose de $0^{gr},00026$, capable de tuer l'animal en 5 heures est injectée avec le sérum; or, il suffit d'une dose de $0^{gr},004$ de sérum pour empêcher tout accident de se produire. L'injection d'une dose triple de la dose mortelle du venin est conjurée par l'inoculation de $0^{gr},07$ de sérum par kilogramme d'animal.

b) Injection de 2 fois la dose mortelle. Pour la conjurer, il faut injecter simultanément 2 à 3 centimètres cubes de sérum par kilogramme d'animal.

c) Les injections, 4 centimètres cubes de sérum, 30 minutes avant la dose mortelle du venin de cobra, ont empêché les effets de l'intoxication.

d) Enfin, en injectant d'abord la dose mortelle, et 30 minutes après le sérum, on obtient la survie de l'animal, déjà empoisonné, en injectant de $0^{cc},8$ à $1^{cc},5$ de sérum.

Le problème est donc résolu, et le traitement des morsures de serpents venimeux par le sérum immunisé devient une conception pratique. H. R.

Sur les fonctions des capsules surrénales, par N. CYBULSKI (*Gaz. lekarska, 23 mars 1895*).

L'extirpation d'une seule capsule surrénale n'amène pas de troubles sérieux, l'extirpation double détermine la mort des animaux au bout de quelques jours, avec de l'apathie, de la dyspnée, de la rigidité musculaire, augmentation des hématies et de l'hémoglobine dans le sang ; la pression sanguine descend à zéro, le pouls se ralentit. L'injection intraveineuse d'un centimètre cube de la solution aqueuse à 10 0/0 de l'extrait surrénal fait immédiatement disparaître ces phénomènes ; l'effet de l'injection persiste de quelques minutes à demi-heure. Chez les animaux sains, cet extrait augmente la pression, ralentit le pouls, accélère la respiration. La section bulbaire empêche l'effet sur la pression sanguine de se produire, d'où résulte que l'extrait agit sur les centres vaso-moteurs et non sur les appareils périphériques des vaisseaux. La section du vague empêche le ralentissement du pouls de se produire, donc l'extrait agit sur le centre du pneumogastrique et non sur ses terminaisons. L'extrait agit, en somme, sur les principaux centres bulbaires, en excitant d'abord et paralysant ensuite ces centres ; l'excitation porte en premier lieu sur les centres vaso-moteurs, la paralysie atteint en premier lieu les centres des nerfs vagues.

Les extraits alcooliques chloroformés et éthérés sont inactifs, les extraits glycérinés et acides sont très actifs. En faisant des injections de solutions d'abord faibles, puis de plus en plus fortes, on confère aux animaux une grande tolérance pour les solutions toxiques pour un autre animal.

Le principe actif est éliminé en partie par les reins, en partie il est détruit dans l'organisme. L'addition de doses même faibles de permanganate de potasse détruit l'activité de l'extrait surrénal, ce qui est dû à l'oxydation qui a lieu également dans l'intimité de l'organisme.

En se basant sur ces recherches, C. croit qu'il faut modifier notre conception sur l'activité automatique des centres bulbaires. Ce n'est pas l'excès d'acide carbonique ou le défaut d'oygène qui règlent cette activité, mais les substances sécrétées par les capsules surrénales. Le sang à la sortie des capsules possède les mêmes propriétés que l'extrait lui-même.

H. FRENKEL.

I. — Zur Pathologie der Nebennieren, par BERDOCH et PAL (*Berlin. klin. Woch., n° 44, p. 1010, 29 octobre 1894*).

II. — Contribution à l'étude pathologique des capsules surrénales, par GOURFEIN (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 1, p. 67, janvier 1895*).

I. — Le point de départ des expériences de Berdoch et Pal a été la remarque du premier que les lésions des capsules surrénales (sarcome, tuberculose), s'accompagnent, chez l'homme, d'un abaissement considérable de la température. En extirpant ces organes sur des chiens, Berdoch et Pal ont noté le même phénomène; dans un cas, l'abaissement thermométrique a été de 7 degrés. La perte des deux capsules surrénales est parfaitement supportée par les animaux qui ne présentent pas même

de phénomènes morbides; au lieu de la diarrhée, signalée par Jacobi, Berdoch et Pal ont observé généralement de la constipation.

II. — Gourfein a détruit, par cautérisation, les capsules surrénales sur des grenouilles et des tritons. Cette expérience est mortelle, à moins que la cautérisation soit imparfaite ou qu'il existe des capsules accessoires. Des greffes de capsules faites dans le sac lymphatique prolongent la vie des animaux opérés et atténuent les symptômes résultant de la destruction des capsules surrénales.

Ces symptômes consistent en un affaiblissement qui augmente assez rapidement, un abattement, une exagération des réflexes accompagnée de convulsions souvent tétaniformes. L'excitabilité des nerfs peut se prolonger jusqu'après la mort.

Pour Gourfein, les capsules surrénales préparent probablement une substance chimique qui influe sur la nutrition du système nerveux en général, et de la moelle épinière en particulier. J. B.

Recherches expérimentales sur la pathogénie de la maladie d'Addison, par BOINET (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Dans le sang de 58 rats ayant subi l'ablation des capsules surrénales l'auteur a trouvé du pigment noir en petite quantité, 29 fois ; en assez grande abondance, 15 fois ; mêmes proportions chez les rats dont les capsules ont été irritées par le nitrate d'argent, la teinture d'iode, etc.; pigment plus abondant lorsque les rats privés de capsules ont été soumis à une fatigue exagérée.

On trouve aussi le pigment dans la moelle du fémur, à la surface des circonvolutions cérébrales, dans les ganglions lymphatiques, dans le mésentère, dans le tissu cellulaire sous-cutané des flancs.

Des granulations noires sont souvent mêlées au pigment chez les rats décapsulés, surtout lorsque le sang contient des cristaux.

Les altérations du grand sympathique abdominal (fragmentation, névrite, dégénérescence) ont été constatées 16 fois sur 24 rats décapsulés. Sur 20 moelles, Boinet a vu 3 fois la dégénérescence du cordon latéral.

La théorie de l'insuffisance capsulaire et celle de l'altération du grand sympathique contiennent chacune une part de vérité. L. GALLIARD.

Results following the experimental removal of potions of the kidney, par R. BRADFORD (*Brit. med. Journ., p. 1038, 11 mai 1895*).

L'ablation d'une partie du rein, chez les chiens, est suivie d'un certain degré d'atrophie du reste de la glande, tandis que se fait une hypertrophie compensatrice de l'autre rein.

L'excision partielle d'un seul rein s'accompagne d'une augmentation momentanée de la quantité d'urine excrétée.

Si, après l'excision partielle d'un rein, on onlève la totalité du rein congénère, voici ce que l'on observe. Pour peu qu'on n'ait enlevé que les deux tiers de la substance rénale totale, l'animal garde sa bonne santé et ne maigrit pas : mais la quantité d'urine excrétée devient double et même triple de l'état normal, sans qu'il y ait accroissement de l'excrétion de l'urée. Si, l'extirpation opératoire excède les trois quarts de la substance

rénale, la polyurie est encore plus considérable et s'accompagne de l'élimination d'une grande quantité d'urée; d'où amaigrissement rapide et mort de l'animal en 3 ou 4 semaines. H. R.

Blood absorption from the peritoneal cavity, par SOUTHGATE (*Med. Record, 17 août 1895*).

S. a étudié expérimentalement la transfusion directe du sang de l'artère carotide d'un autre animal de la même espèce; la simple déplétion sanguine de l'artère carotide; l'autotransfusion directe du sang de la carotide à la cavité péritonéale; la tranfusion directe du sang de l'artère carotide d'un animal d'une espèce différente et a tiré de ses expériences les conclusions que voici : La transfusion directe de sang artériel d'un animal dans la cavité péritonéale d'un autre animal de la même espèce, ne cause pas de perturbations appréciables chez l'animal recevant le sang; le sang homogène, non défibriné, est promptement résorbé de la cavité péritonéale, et cette absorption se fait principalement par les lymphatiques diaphragmatiques, ces lymphatiques, dans la règle, ne communiquant pas avec le canal thoracique; le sang homogène résorbé de la cavité abdominale ne provoque pas l'hémoglobinurie, mais semble être absorbé et circuler comme du sang normal; après une perte modérée de sang, l'absorption de la cavité abdominale se fait rapidement, mais plus grande est la perte de sang d'autant plus lente est l'absorption; après une simple hémorragie, la quantité relative des éléments solides du sang est diminuée; après hémorragie, s'il y a une compensation suffisante par transfusion dans la cavité péritonéale, la circulation générale n'est que peu ou nullement modifiée; la simple transfusion intra-péritonéale de sang enrichit le sang de l'animal le recevant, l'augmentation des éléments corpusculaires atteignant son maximum dans l'espace de 3 heures; la transfusion de sang hétérogène ou étranger, dans la cavité abdominale de lapins, provoque l'hémoglobinurie et amène la mort de l'animal. CART.

Association bactérienne d'aérobies et d'anaérobies, par J. MONOD (*Soc. de biologie 11 mai 1895*).

Femme primipare, éclamptique, accouche à la Maternité, d'un enfant mort, est prise d'ictère; fièvre, lochies fétides, mort deux jours après. On trouve, dans le foie, trois microbes : le streptocoque, le bacille du côlon, le vibrion septique, agents d'une triple infection. DASTRE.

Quelques particularités relatives au mode d'action et aux effets de certaines toxines microbiennes, par GUINARD et ARTAUD (*Arch. de méd. exp., VII, 3*).

La méthode des injections intra-veineuses permet de suivre avec sûreté et précision les effets physiologiques des poisons chimiques ordinaires ou microbiens. On sait que les premiers ont une action presque immédiate, et des effets dont l'intensité est proportionnelle à la dose employée. Avec les toxines microbiennes, les choses sont loin de se passer de la même façon. Dans quelques cas, à vrai dire, les effets sont obtenus avec une grande rapidité et suivant un type spécial, qui rappelle la maladie microbienne correspondante; il en est ainsi avec le choléra aviaire.

Avec les produits solubles du bacille pyocyanique et du staphylocoque pyogène, les effets sont encore rapides, mais sans spécificité. La toxine diphtérique est d'abord silencieuse, puis développe un ensemble plus ou moins grave de physionomie assez uniforme. Celle du *pneumo-bacillus liquefaciens bovis* produit d'abord des troubles immédiats coïncidant avec son introduction dans l'organisme; puis, après une phase d'accalmie apparente, on voit réapparaître des phénomènes toxiques différents des premiers par leur forme et leur marche. Ainsi pour certaines toxines, il y a une période latente, soit initiale, soit secondaire. Quelle en est la signification? L'exemple du tétanos répond en partie à cette question. Suivant les recherches de Courmont et Doyon, la toxine tétanique des cultures agit à la façon d'un ferment; la question de quantité est ici secondaire, ce qui n'a pas lieu avec les autres poisons. Le poison tétanique ne développe point par lui-même, et immédiatement les symptômes tétaniques. Mais, à la faveur d'une période d'incubation latente, qui serait mieux appelée, période fermentative, la toxine produit, aux dépens de l'organisme et suivant le mode de l'autointoxication, un poison secondaire qui est l'agent tétanisant vrai. Pour d'autres toxines, il faut peut-être, au lieu de ce mécanisme, admettre une élaboration et une transformation du produit injecté, ce qui expliquerait le changement de forme des accidents. En somme, il y a place ici pour les effets directs du toxique, et pour les influences secondaires de la réactivité organique. GIRODE.

Ueber den Einfluss von Fieber und Leukocytose..... (Influence de la fièvre et de la leucocytose sur la marche des maladies infectieuses), par A. LÖWY et Paul-Fried. RICHTER (*Deutsche med. Woch., n° 15, p. 240, 1895*).

Lorsqu'on provoque une élévation permanente de température chez un animal vivant, on constate qu'il peut supporter facilement des doses de virus mortelles pour l'état normal.

Pour obtenir cette élévation permanente de température, Lœwy et Richter ont eu recours à la blessure du corps strié par le procédé de Sachs-Aronsohn. Ils ont ainsi pu injecter le choléra des poules, le pneumocoque, la diphtérie à des doses 2 à 3 fois mortelles et voir les animaux survivre alors que les témoins succombaient.

Pour étudier l'influence de la leucocytose, les auteurs ont eu recours aux injections intra-veineuses de spermine, ils sont arrivés au même résultat.

La fièvre et la leucocytose doivent donc être considérées comme des moyens de défense de l'organisme contre les virus infectieux.

H. DE BRINON.

Sur la défense de l'organisme contre l'infection bactérienne, par A.-J. KONDRATIEFF (*Vratch, n° 15, 1895*).

1° On peut extraire de la rate et des capsules surrénales d'un animal sain et réceptif pour le tétanos, du cheval, une substance dont l'introduction dans l'organisme de la souris, sans prévenir l'apparition du tétanos, est toutefois capable de défendre, dans une notable mesure, l'animal contre la mort; avec une dose mortelle du virus tétanique, 50 0/0 des animaux survivent et chez les autres la mort est retardée;

2° Cette substance fut introduite en solution aqueuse dans le péritoine, à la dose de 1 centimètre cube par jour, pendant 4 à 7 jours. En même temps que la quatrième injection, on insérait sous la peau du dos la dose mortelle du virus tétanique, en culture de bouillon, à parties égales avec de la glycérine, et délayée dans de l'eau;

3° Si l'on commençait les injections de la substance protectrice seulement 1 ou 2 jours avant l'infection, son action restait encore manifeste, mais était plus faible, car un plus grand nombre d'animaux mouraient. Si les injections de cette substance ne commençaient qu'au moment de l'infection, soit injection simultanée de la substance protectrice dans le péritoine et du virus sous la peau, l'effet protecteur était nul;

4° On peut extraire cette substance par divers procédés qui seront publiés ultérieurement, mais quant à la nature de cette substance, on ne peut émettre que des hypothèses dont voici les bases;

5° La substance protectrice appartient aux cellules des organes. Les sucs de ces organes sont complètement inactifs. Le sérum du cheval ne contient que des traces de cette substance. Son action ne se manifeste que dans un retard de la mort des animaux;

6° La substance protectrice n'est pas une albumine. On a pu obtenir un liquide très actif qui ne donnait aucune des réactions des albumines;

7° La présence des albumines et globulines paraît même entraver l'apparition des propriétés protectrices;

8° La substance protectrice supporte le chauffage à 55° et même à 60° centigrades, pendant 10 minutes, même répété jusqu'à trois et quatre fois;

9° Elle dyalise très lentement;

10° Elle est entraînée, en partie, dans les solutions, par des dépôts mécaniquement, bien que d'une façon incomplète;

11° Elle est soluble dans de l'eau et de l'eau glycérinée, elle est précipitée par de l'alcool absolu qui la détruit assez rapidement; le chloroforme est sans action; les alcalis très faibles n'influencent pas; les acides, même en solution très faible, altèrent ses propriétés. La solution aqueuse stérilisée et conservée à la glacière reste active pendant un mois et demi à deux mois. D'après les recherches encore en cours, la même substance a une action protectrice contre la diphtérie chez les cobayes.

H. FRENKEL.

Études sur l'immunité; sur la destruction extra-cellulaire des bactéries dans l'organisme, par El. METCHNIKOFF (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 26, p. 369, juin 1895*).

La destruction extracellulaire des vibrions dans le péritoine des animaux, à l'état d'immunité passive ou active, ne peut être attribuée à l'existence d'un moyen particulier de défense de l'organisme. Il ne s'agit pas ici d'une secrétion bactéricide des cellules endothéliales, parce que le même phénomène de transformation des vibrions en granules peut être obtenu en dehors de l'organisme dans une goutte de lymphe, sans aucun concours de l'endothélium. Il ne s'agit pas non plus d'une secrétion bactéricide des leucocytes en pleine activité, car le phénomène de Pfeiffer s'observe aussi dans la lymphe, retirée de l'organisme après la mort de

tous les globules blancs et aussi parce que le renforcement des leucocytes supprime ce phénomène. La destruction extracellulaire est due à une substance bactéricide échappée des leucocytes morts ou avariés. Voilà pourquoi il ne s'observe que dans les points où une quantité notable de ces cellules préexiste avant l'introduction des vibrions. Le péritoine, avec sa lymphe si riche en leucocytes est le meilleur milieu pour l'accomplissement du phénomène de Pfeiffer. Dans le tissu sous-cutané, dans l'œdème par ralentissement de circulation ou dans la chambre antérieure de l'œil, où il n'y a que fort peu ou point de leucocytes préformés, la destruction des vibrions s'opère par le procédé régulier de phagocytose, sans intervention du phénomène de Pfeiffer.

Mais le péritoine, pour être indemne vis-à-vis des vibrions, n'a pas besoin du concours de la destruction extracellulaire de ces microbes. Chez les cobayes, on voit souvent l'immunité de la cavité péritonéale se manifester par une simple action des phagocytes, ce qui est la règle générale pour les vertébrés inférieurs (ichtyopsides). Il est donc impossible de dire que l'immunité contre la péritonite vibrionienne présente un exemple qui ne relève pas de la théorie des phagocytes.

Quoique la destruction extracellulaire des vibrions ne puisse pas être envisagée comme un acte de phagocytose, elle présente cependant un phénomène particulier lié à la défense phagocytaire de l'organisme, car il s'agit ici d'une action bactéricide exercée par des substances échappées des leucocytes pendant une phase passagère de phagolyse. Le phénomène de Pfeiffer, qu'il est impossible de considérer comme une manifestation d'un moyen particulier de réaction contre les vibrions, doit être plutôt considéré comme un épisode de la lutte de l'organisme par l'intermédiaire de ses cellules amiboïdes. Ce phénomène, qui n'est pas une action phagocytaire proprement dite, peut être désigné comme un processus phagolytique de destruction des vibrions.

Si l'on compare l'extension des phénomènes de phagocytose avec la destruction extracellulaire, phagolytique, on voit que, sous ce rapport, la différence entre les deux processus est très grande. Le phénomène de Pfeiffer ne s'observe que lorsqu'il y a pénétration de certains microbes dans les régions occupées préalablement par de nombreux leucocytes, et encore ne se produit-il pas toujours dans ces conditions, comme c'est le cas chez les cobayes qui avaient reçu du bouillon et chez les vertébrés inférieurs. La réaction phagocytaire, au contraire, a lieu dans les cas d'immunité naturelle ou acquise vis-à-vis des microbes les plus divers, chez les vertébrés supérieurs ou inférieurs, dans le péritoine, comme sous la peau ou dans la chambre antérieure de l'œil.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude des venins, des toxines et des sérums antitoxiques, par CALMETTE (*Archives de méd. navale, p. 425, juin 1895*).

Certainsanimaux, comme le mangouste des Antilles, possèdent une immunité relative très manifeste, et leur sérum est un peu antitoxique. Parmi les espèces animales qui ne jouissent pas normalement du même privilège, tels que les chiens, on peut rencontrer quelques sujets dont le sérum est actif *in vitro* sur le venin.

Beaucoup de sérums d'animaux immunisés soit contre des toxines, soit contre des virus pathogènes, acquièrent, par le fait du traitement vaccinal, un certain pouvoir antitoxique et même préventif à l'égard d'autres toxines ou d'autres virus. Des lapins vaccinés contre le venin deviennent résistants à l'empoisonnement par l'abrine : ceux vaccinés contre l'abrine peuvent acquérir un certain degré d'immunité à la fois contre le venin, contre la diphtérie, contre la ricine, et même contre l'infection par la bactéridie charbonneuse.

Des animaux vaccinés contre l'érysipèle ou contre la rage ont un sérum tellement actif sur le venin, que, dans certains cas, il peut même devenir préventif.

Le sérum des animaux immunisés contre certains virus ou certains poisons peut devenir capable de donner l'immunité contre d'autres virus ou d'autres poisons. MAUBRAC.

De la présence de microbes dans le sang de la circulation générale chez le chien, par Ch. PORCHER et G. DESOUBRY (*Soc. de biol., 4 mai 1895*).

Les microbes peuvent passer de l'intestin dans le chyle avec les produits absorbés. Les auteurs les ont retrouvés dans le sang de la circulation générale chez le chien. Le plus grand nombre, mélangé au sang du cœur droit, est arrêté au niveau du poumon; toutefois, on en retrouve encore dans le sang artériel de la grande circulation. Les autres organes, comme le poumon lui-même, constituent des filtres arrêtant les microbes, mais non pas complètement car on en retrouve encore dans le sang veineux de la grande circulation. L'état de jeûne abaisse, sans le rendre nul, le nombre de bactéries rencontrées dans le sang. DASTRE.

Sur la perméabilité des parois intestinales pour les microbes dans l'obstruction intestinale, par M.-J. MULTANOWSKI (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Dans l'obstruction intestinale, les parois de l'intestin laissent facilement passer le coli-bacille, mais elles peuvent aussi devenir perméables pour d'autres bactéries. Il n'est pas nécessaire que la nécrose des parois ait commencé pour que les microbes puissent s'insinuer et traverser ces parois. Un arrêt de 5 à 6 heures de la circulation du contenu intestinal suffit pour rendre les parois perméables pour les microbes; de même, la distension considérable par les gaz et l'irritation des parois intestinales peuvent suffire pour les rendre perméables. Le nombre des microbes sur des coupes de la paroi de l'intestin, dans l'obstruction, s'accroît en raison directe du degré des lésions anatomiques observées. H. FRENKEL.

I. — Thermophilic bacteria, par MACFADYEN et BLAXALL (*Journal of pathol. and bacter., III*).

II. — Beiträge zur Kenntniss der Anpassungsfähigkeit der Bakterien an ursprünglich ungünstige Temperaturverhältnisse, par A. DIEUDONNÉ (*Arbeiten aus dem k. Gesundheitsamte, IX, et Hyg. Rundsch., IV, n° 24, p. 1121*).

III. — Beiträge zur Beurtheilung der Einwirkung des Lichtes auf Bakterien, par le même (*Ibidem, V, p. 1, p. 18, 1er janvier 1895*).

IV. — Ueber die Bedeutung des Wasserstoffsuperoxyds für die bakterientödtende Kraft des Lichtes, par le même (*Ibidem*, *p. 19*).

V. — Ueber die gasförmigen Stoffwechselprodukte beim Wachsthum der Bakterien, par W. HESSE (*Zeitschr. f. Hyg. und Infekt.*, *XV*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 6*, *p. 256*, *15 mars 1895*).

VI. — Ueber Stoffwechselprodukte von Mikroorganismen, par E. von SOMMARUGA (*Ibidem*, *n° 7. p. 307*, *1er avril 1895*).

VII. — Idem, par le même auteur (*Ibid.*, *n° 9*, *p. 405*, *1er mai 1895*).

VIII. — Ueber zwei Buttersäure producirende Bakterienarten, par W. KEDROWSKI (*Ibid.*, *n° 6. p. 276*, *15 mars 1895*).

I. — Les microbes qui ont besoin, pour se développer, d'une température élevée, paraissent très répandus. Macfadyen et Blaxall en ont rencontré dans les excréments de l'homme, de la souris, de la poule et du cheval, dans les eaux d'égouts, dans divers terrains, soit à leur surface, soit à quelque profondeur (jusqu'à 5 pieds), dans l'eau de rivière et de mer, dans les vases du fond de la Tamise. Ils en ont pu isoler 20 espèces appartenant toutes à la classe des bacilles sporogènes; la majorité d'entre elles était mobile, quelques-unes formaient du pigment, d'autres métamorphosaient la fécule en sucre, etc. Le développement de tous ces microbes thermophiles ne commençait qu'à une température dépassant celle du sang, pour certains mêmes, seulement à 60 ou 65° qui était pour tous la température de prédilection; la limite thermométrique supérieure était de 70 à 75°.

II. — Dieudonné a reconnu que les bacilles chromogènes pouvaient s'accommoder plus ou moins complètement d'une température défavorable, à condition de ménager la transition. Les bacilles fluorescent putride et érythrogène du lait s'habituent à la température de 35° C., le pyocyanique à celle de 37°,5 environ. Les bacilles charbonneux eux-mêmes s'accoutument progressivement à de hautes ou basses températures sans perdre de leur virulence.

III. — Expériences sur le microcoque prodigieux et le bacille fluorescent putride. La lumière solaire directe en entrave le développement au bout d'une demi-heure, en mars, juillet et août; au bout d'une heure et demie en novembre; elle les tue au bout d'une heure et demie en mars, juillet et août et au bout de deux heures et demie en novembre. La lumière diffuse du jour en entrave le développement au bout de trois heures et demie en mars et juillet, de quatre heures et demie en hiver et les tue au bout de 5 ou 6 heures. La lampe électrique à arc, d'une puissance de 900 bougies, arrête leur développement au bout de trois heures et les tue au bout de huit heures, tandis qu'il faut, pour le même résultat, onze heures d'exposition à la lumière électrique d'incandescence. La lumière détruit les bacilles banal du côlon, typhoïdique et charbonneux dans les mêmes conditions de temps que les deux bacilles chromogènes. Les rayons calorifiques ne jouent aucun rôle dans l'action microbicide de la lumière. Les rayons rouges et jaunes sont inoffensifs, les verts sont un peu gênants, enfin les bleus, violets et ultra-violets font périr les bacilles prodigieux et fluorescent et banal du côlon.

IV.—Il ressort des expériences de Dieudonné que sous l'influence de la lumière solaire directe ou diffuse, il se forme dans les terrains (agar, gélatine), où l'on cultive les microbes, et dans l'eau, du peroxyde d'hydrogène qui a une grande part aux effets microbicides de cette lumière; ce sont les rayons bleus et violets du spectre qui provoquent la formation de peroxyde d'hydrogène, auquel il est naturel aussi d'attribuer un rôle dans l'épuration spontanée des eaux courantes.

V. — Tous les microbes pathogènes aérobies étudiés par Hesse absorbent de l'oxygène atmosphérique et dégagent de l'acide carbonique; l'un et l'autre phénomènes sont d'autant plus marqués que les cultures sont plus vivaces. Durant la phase d'accroissement rapide, il y a toujours plus d'oxygène absorbé qu'il n'y en a dans l'acide carbonique éliminé; la réserve d'oxygène est utilisée par les corps de cellules microbiennes et pour former d'autres produits de nutrition. Hesse considère sa méthode comme le réactif le plus sûr pour juger de la vitalité d'une culture et des qualités de son sol nourricier. Comme microbes anaérobies, Hesse a étudié les bacilles du charbon symptomatique, du tétanos et de l'œdème malin. Lorsqu'on les cultive dans une atmosphère d'hydrogène, ils produisent aussi, d'une façon continue, de petites quantités d'acide carbonique, ce qui montre qu'ils empruntent de l'oxygène au milieu nourricier.

Une culture cholérique placée dans une atmosphère hydrogénée ne fournit d'acide carbonique que durant les premiers jours; à partir du 7e jour, cette excrétion cesse complètement, tandis que la même culture, élevée à l'air, dégage encore de l'acide carbonique en abondance pendant plusieurs semaines.

VI. — Von Sommaruga a recherché les modifications de réaction chimique de la glycérine ayant servi de terrain de culture à 19 espèces microbiennes. Il a trouvé que 16 de ces espèces produisaient une grande quantité d'acides. Un fait remarquable, c'est la persistance presque constante de la vie de ces cultures malgré l'acidité exagérée du milieu. Il y a donc lieu de n'admettre qu'avec restrictions l'influence nuisible des acides libres sur les microbes.

VII. — Von Sommaruga a reconnu que les bacilles du choléra, de Finkler, de Metchnikoff, d'Eberth, de Ribbert, pyocyanique et le micrococque tétragène étaient aptes à dédoubler les graisses (huile d'olives, graisse de bœuf à la dose de 2 0/0) contenues dans leur sol nourricier. C'est le bacille pyocyanique qui possède ce pouvoir au plus haut degré; il décompose 27,10 0/0 de la graisse. Néanmoins, le milieu nourricier devient rarement acide, grâce à la prédominance des produits basiques de la nutrition. Il est à noter que toutes les espèces reconnues en état de dédoubler les graisses étaient pathogènes, mais la réciproque n'est pas vraie, car tous les microbes pathogènes ne jouissent pas de cette faculté. Un autre fait curieux, c'est que parmi les espèces ne provoquant pas le dédoublement de la graisse, les bacilles charbonneux, subtil et en baguette de tambour fournissent davantage de produits alcalins de la nutrition sur un sol contenant de la graisse, que sur un sol ordinaire.

VIII. — Kedrowski a isolé de mélanges contenant du fromage putréfié et du beurre rance, deux sortes de microbes anaérobies effectuant la fer-

mentation butyrique. L'un de ces microbes offre des analogies à la fois avec le microbe de la fermentation butyrique décrit par Prazmowski et avec le bacille décrit par Liborius et Botkin. L'autre microbe, caractérisé par son accroissement très rapide et la prompte liquéfaction de la gélatine, ressemble pour le reste au microbe anaérobie décrit par Lüderitz sous le nom de « grand bacille liquéfiant ». J. B.

Contribution à l'étude de la suppuration, par ROGER et JOSUÉ (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

La suppuration est un processus morbide banal, nullement spécifique, pouvant relever d'agents infectieux divers. Elle peut être provoquée par les toxines microbiennes ou même par des substances chimiques aseptiques. Deux ordres de causes favorisent la production du pus : les unes générales (intoxication par des substances introduites accidentellement, ou formées dans l'organisme, ou sécrétées par des microbes), les autres locales. Il faut préciser l'influence de ces dernières.

1° *Action de certaines substances chimiques.* — L'inoculation de 1/2 centimètre cube de bacterium coli, après injection sous la peau de $0^{gr},5$ de triméthylamine ou de 1/2 décigramme d'acide phénique dans 1 centimètre cube d'eau, amène la production de phlegmons diffus. L'injection de doses faibles d'acide phénique ne produit aucun effet ni bon, ni mauvais.

2° *Ligature de l'artère fémorale ou de l'iliaque externe.* — Après cette opération, on a injecté du stapylococcus aureus, du bacterium coli, du proteus vulgaris, du streptocoque sous la peau. A l'exception de deux lapins ayant reçu du streptocoque trop virulent, morts sans lésion locale, et d'un autre auquel on a inoculé une vieille culture peu virulente de bacterium coli, tous les lapins dont les artères étaient liées ont présenté de vastes phlegmons diffus, les témoins n'ayant qu'un petit abcès circonscrit.

3° *Ligature des veines.* — Celle des veines fémorales n'a pas donné de résultats nets, à cause du rétablissement facile de la circulation par les nombreuses anastomoses qui unissent cette veine à celles du bassin et de la paroi abdominale. Mais si on lie les trois veines de la base de l'oreille du lapin et si on inocule du proteus vulgaris dans le tissu cellulaire de cet organe, il se produit un phlegmon gangréneux avec tendance marquée au sphacèle.

4° *Section ou arrachement du sciatique.* — Pas de résultat net. L'injection des toxines du proteus vulgaris produit un abcès aseptique.

L. GALLIARD.

Alcalinité du sang et infection, par Josef FODOR (*Centralbl. f. Bakter., 28 février 1895*).

L'administration des alcalins, comme le bicarbonate de soude, aux animaux augmente notablement la résistance de ceux-ci aux inoculations de cultures du bacille charbonneux. Un grand nombre des infections (charbon, typhoïde, choléra, tuberculose, erysipèle), donnent lieu d'abord à un accroissement, puis à une diminution de l'alcalinité du sang. Si l'in-

fection est fatale, la diminution de l'alcalinité du sang est progressive et très marquée : si l'infection guérit, cette alcalinité, d'abord diminuée, devient, d'une façon permanente, supérieure à la normale. Une fois l'alcalinité accrue, la résistance aux infections ultérieures devient beaucoup plus considérable. H. R.

Sur l'hémoglobine et ses dérivés comme milieu de culture pour les microbes pathogènes, par M.-J. FILIPOWSKY (*Archives des sc. biol. de St-Pétersbourg, III, p. 1, 1894*).

L'auteur a étudié dans ce mémoire les propriétés de l'hémoglobine, de sa combinaison avec l'oxyde de carbone et de la méthémoglobine employés comme milieux de cultures ; il a recherché les modifications chimiques et spectroscopiques subies par les solutions d'hémoglobine après développement des cultures. Enfin, il a étudié les propriétés nutritives de l'hématine, produit de destruction de l'hémoglobine, et de l'hématoporphyrine, corps dérivé de l'hématine, mais ne contenant pas de fer.

L'auteur s'est servi, pour ces recherches, de l'hémoglobine du cheval, plus rarement de celle de chien.

La stérilisation des solutions d'hémoglobine a été faite par filtration, à froid au moyen de bougies Chamberland, la chaleur ne pouvant être employée à cause de la décomposition rapide de l'hémoglobine à des températures même peu élevés (50 à 55°).

Les expériences ont été faites avec les microbes de la morve, du charbon, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, le B. pyocyanique, le staphylocoque doré, le streptocoque de l'érysipèle et de la suppuration, et le vibrion cholérique. Trois échantillons de ce dernier bacille (vibrion de Massouah, de Saint-Pétersbourg, 1893, et vibrion Indien de Koch) se sont comportés de façon identique.

Les bacilles du charbon, du choléra et le B. pyocyanique ont donné une culture abondante dans les solutions au titre de 0,5 à 5 0/0.

Les bacilles de la morve et de la fièvre typhoïde ne se sont abondamment développés que dans les solutions à 0,5 à 3 0/0. Le développement a été faible dans les solutions à 5 0/0.

Le bacille de la diphtérie, le staphylocoque doré, et les streptocoques n'ont donné de culture abondante que dans les solutions à 1 et à 3 0/0 ; le développement a été faible dans les solutions à 0,5 et à 5 0/0.

Toutes ces cultures sont constamment restées alcalines ou neutres. Enfin, aucune des bactéries précèdentes, sauf le vibrion cholérique, ne modifie les résultats de l'analyse spectroscopique : dans ces cultures comme dans les tubes témoins, à 37°, l'oxyhémoglobine se transforme en méthémoglobine, du 2e au 8e jour, suivant le titre de la solution. Ce n'est qu'au bout de la 2e semaine qu'apparaît le spectre de l'hématine.

Le vibrion cholérique, quelle que soit sa provenance se comporte tout différemment vis-à-vis de l'oxyhémoglobine : la formation de la méthémoglobine et sa réduction sont précoces (2e jour), ce qui indique l'intensité avec laquelle le vibrion absorbe l'oxygène, et sa propriété de former de l'hématine. D'ailleurs il est bon de noter que les bactéries de la putréfaction réduisent plus rapidement encore les solutions d'oxyhémoglobine.

Là ne s'arrêtent pas les recherches de l'auteur qui démontre que le

vibrion cholérique décompose l'oxyhémoglobine (en solution à 3 0/0) d'une manière qui lui est toute spéciale, en donnant lieu à la formation d'une substance rouge brunâtre qui ne peut être extraite par l'alcool amylique, mais qui l'est par l'alcool éthylique : cette substance donne un spectre tout particulier, le même dans les solutions aqueuse et éthylique : absorption du rouge et de toute la moitié réfringente du spectre depuis le milieu du vert, sans aucune bande d'absorption dans l'intervalle : il s'agît là vraisemblablement d'un produit de décomposition de l'hématine ne contenant que peu ou même pas de fer. Cette décomposition de l'hématine par le vibrion cholérique, ne peut d'ailleurs se faire qu'en présence de la substance albuminoïde composant l'hémoglobine (globuline), puisque l'hématine seule n'est pas décomposée par le vibrion cholérique.

Cette réaction est spéciale au vibrion cholérique qu'elle qu'en soit la provenance et au vibrion de Metchnikow; on l'obtient également et plus rapidement avec les microbes de putréfaction. Les bacilles de Deneke et de Finkler-Prior se comportent comme les autres microbes pathogènes qui décomposent seulement l'oxyhémoglobine en 1 mois en donnant une substance colorante dont la coloration varie suivant les microbes, et qui est soluble dans l'alcool amylique.

Ces mêmes recherches ont démontré à Filipowsky que la culture en solutions d'oxyhémoglobine à 1 0/0 augmente la virulence du vibrion de Massouah, et diminue celle de la diphtérie et du charbon.

Ces propriétés nutritives de l'hémoglobine sont dues à l'hématite (substance colorante des globules rouges) et non à la globuline (substance albuminoïde); aussi peut-on aisément cultiver les mêmes microbes dans une simple solution d'hématine à $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{16}$ pour 100 d'eau distillée stérilisée légèrement alcalinisée avec du carbonate de soude. Ces solutions aqueuses d'hématine se stérilisent bien à la chaleur.

Aussi bien cela explique que l'auteur ait pu obtenir une série indéfinie de générations du bacille de l'influenza de Pfeiffer en les cultivant dans des solutions d'hématine à 0,5 0/0. Il est vrai que les cultures de ce bacille sont plus abondantes dans les solutions d'hémoglobine à 8 0/0 : c'était d'ailleurs le milieu primitivement employé par Pfeiffer. Mais l'hématine est préférable à l'hémoglobine de Hommel récemment recom mandée par Huber.

E. MOSNY.

Note sur les streptocoques décolorables par la méthode de Gram, par ÉTIENNE
(*Arch. de méd. expér., XII, 4*).

Dans un cas d'angine diphtéroïde avec fausses membranes épaisses, grises, douées d'une très grande énergie de pullulation, l'examen bactériologique montrait la présence d'un streptocoque d'une variété particulière. Ce microbe donnait sur pomme de terre une culture apparente, comme l'échantillon étudié par Marot. Mais, caractère autrement singulier, ce streptocoque étudié méthodiquement a toujours présenté une grande facilité à se décolorer par la méthode de Gram, qu'il s'agît des éléments initiaux retirés des fausses membranes, ou des chaînettes obtenues des cultures. Pareil caractère a déjà été signalé pour des échan-

tillons de streptocoques correspondant à un abcès pelvien, et à une mammite contagieuse de la vache ; il est à retenir, à une époque où l'on tend à synthétiser tous les streptocoques en une seule espèce simplement susceptible de variations d'importance secondaire. GIRODE.

Le streptocoque et le sérum antistreptococcique, par Alex. MARMOREK (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 593, juillet 1895*).

Le sérum humain est le meilleur milieu de culture du streptocoque qui y conserve sa virulence ; le sérum de l'ascite et de la pleurésie, le sérum d'âne, de mulet et de cheval viennent ensuite : sérum 2 parties, bouillon 1 partie. Grâce à ce milieu, sérum-bouillon, il est possible de conserver virulent un streptocoque, amené à l'hypervirulence par des passages successifs chez le lapin.

Pour obtenir du sérum en quantité suffisante, il fallait immuniser de grands animaux, l'âne et le cheval, ce dernier supportant mieux l'inoculation. L'immunisation fut obtenue par l'injection sous la peau de cultures d'un streptocoque extrêmement virulent, d'abord à doses faibles, puis à doses progressivement plus élevées, de façon que chaque inoculation soit suivie d'une réaction énergique. Il faut un an pour faire un bon cheval fournisseur de sérum thérapeutique. Le sérum ne doit être retiré qu'à partir de la troisième semaine après la dernière inoculation.

411 malades atteints d'érysipèle, traités par le sérum ont donné 14 décès, soit 3,4 0/0. L'état général s'améliore de la cinquième à la douzième heure. Dans les 2 ou 3 heures qui suivent l'injection, il y a élévation thermique, mais surtout lorsque l'intervention est précoce, la courbe redescend vite à l'état normal. Dans la convalescence la température tombe vers 36° et le pouls parfois se ralentit jusqu'à ne battre que 42. L'albuminurie manque chez les malades traités de bonne heure, disparaît vite chez les autres. La dose moyenne a été de 10 centimètres cubes ; la plus grande quantité de sérum donnée a été de 120 centimètres cubes en 10 jours.

Deux sortes d'érythèmes ont été observés, l'un d'aspect ortié avec fièvre ; l'autre, apyrétique rappelant le purpura.

Dans 16 cas de fièvre purpurale, une malade était infectée par le bactérium coli seul ; 7 par le streptocoque seul, pas de mort ; 3 par le streptocoque associé au bactérium coli, 3 morts ; 5 par le streptocoque associé au staphylocoque blanc ou doré, 2 morts.

Le sérum a aussi été essayé dans les phlegmons à streptocoques purs, dans l'infection post-opératoire, dans les angines à streptocoques.

PAUL TISSIER.

Culture du streptocoque sur les milieux acides, par R. TURRO (*Centralbl. f. Bakt., XVII, n°s 24-25, p. 866*).

En faisant ses recherches sur la culture du gonocoque dans du bouillon ou de la gélatine acidifiée avec 1 0/0 de peptone de Catillon, l'auteur a remarqué que le streptocoque poussait fort bien sur ce milieu.

Une série d'expériences l'ont conduit à adopter un milieu composé de 15 à 20 centimètres cubes de bouillon ou de gélatine, auquel on ajoute

une à deux gouttes d'acide chlorhydrique. Dans ce milieu peu favorable au développement des autres microbes, le streptocoque pousse assez lentement, mais conserve une vitalité très prolongée et acquiert une virulence beaucoup plus grande que lorsqu'il a été cultivé sur les milieux neutres ou alcalins.

H. BOURGES.

Conservation de la vitalité et de la virulence des cultures de streptocoques, par Johannes PETRUSCHKY (*Centralbl. f. Bakter., VII, nº 16, p. 551*).

Les cultures de streptocoque, qui perdent si rapidement leur vitalité et leur virulence dans les conditions habituelles, peuvent conserver très longtemps ces deux caractères à condition qu'on les conserve dans une glacière.

L'auteur a vu dans ces conditions deux échantillons de streptocoque fournir au bout de 6 mois des cultures aussi vigoureuses et aussi virulentes pour les lapins, qu'ils l'étaient à leur première culture.

H. BOURGES.

Discussion sur le pneumocoque à la Société pathol. de Londres, (*Brit. med. Journ., p. 302, 9 février 1894*).

Washbourn résume les connaissances actuelles sur le pneumocoque et sa germination dans le poumon et les autres viscères. Comme tous les expérimentateurs, il insiste sur le peu de vitalité du microbe ; cependant elle n'est que relative, car une culture sur bouillon est demeurée virulente 23 jours, et une culture sur agar 64 jours. Le meilleur moyen d'entretenir sa virulence et sa vitalité est de le semer sur de l'agar ensanglanté (Méthode de Fränkel).

L'auteur immunise les animaux en leur injectant des cultures de bouillon diluées avec de l'eau. L'immunité ne commence guère avant le vingtième jour qui suit l'injection et cesse le cinquantième. Le sérum des animaux immunisés, injecté avec des cultures virulentes, protège l'animal en expérience. Quand on ensemence du pneumocoque dans le sérum immunisé, celui-ci reste clair et ne se trouble pas, comme le sérum ordinaire ; cependant les cocci restent vivants et même gardent leur virulence, quand on les injecte à un autre animal non immunisé.

Wright insiste sur la différence qui existe entre la pneumonie franche, maladie locale qui n'est que la réaction de l'organisme contre l'invasion du pneumocoque dans le poumon et la septicémie pneumococcique générale, dans laquelle le microbe est charrié dans le sang et vient imprégner tous les tissus. La crise, dans le premier cas, témoigne de l'élimination du pneumocoque par les phagocytes, qui se multiplient prodigieusement et quittent le sang, puisqu'on ne trouve que 6,400 globules blancs par millimètre cube, au lieu de 22,000 au moment de la défervescence.

Ruffer admet l'immunisation par le sérum comme un fait expérimental, mais se demande par quel mécanisme elle est obtenue. Il n'ose affirmer qu'il existe une antitoxine véritable.

H. R.

Pléomorphisme des bacilles tuberculeux, par Hayo BRUNS (*Centralbl. für Bakter., XVII, n° 23, p. 817*).

L'auteur rappelle que ce sont les bacilles de la tuberculose aviaire, maintenus à une température très élevée (43 à 50 degrés) qui ont donné à Metchnikoff et à Mafucci les formes ramifiées et renflées en massue à leurs extrémités, qu'ils ont décrites. Hayo Bruns a trouvé des formes analogues dans des cultures de tuberculose humaine vieilles de 5 à 6 mois et conservées à la température de 37 à 37°,5. C'étaient de longs filaments présentant des renflements ovoïdes ou sphériques sur leur trajet ou à leurs extrémités et parfois de nombreuses ramifications. H. BOURGES.

Contribution à l'étude du rôle du lait dans l'étiologie de la diphtérie, par M.-J. VLADIMIROW (*Arch. des sc. biol de St-Pétersbourg, III, p. 85, 1895*).

L'inoculation de bacilles de la diphtérie par les trayons, dans les conduits galactophores d'une moitié du pis de vaches ou de chèvres laitières détermine un catarrhe aigu, unilatéral de la glande, et une intoxication générale plus prononcée chez la vache que chez la chèvre.

Le lait sécrété par la moitié infectée du pis est profondément modifié : il acquiert une teinte verdâtre, se coagule à la cuisson, forme au repos un précipité de cellules pyoïdes, montre une réaction fortement alcaline et contient notablement moins de sucre et plus de matières albuminoïdes (caséines et albumine), la proportion de graisse restant la même.

La diminution de la quantité du sucre tient à sa décomposition par les bacilles diphtériques, avec formation d'acide lactique. L'augmentation de la quantité des matières albuminoïdes, la coagulation anormale à la cuisson et la réaction alcaline dépendent de l'apparition du pus dans le lait à la suite du catarrhe.

Les bacilles diphtériques ne restent vivants dans la mamelle qu'un temps fort court (4 à 7 jours) et leur nombre diminue progressivement ; avec leur disparition, la composition du lait revient à la normale.

L'inoculation sous-cutanée à la vache de bacilles diphtériques provoque une affection générale assez grave, comme Klein et Abbot l'avaient vu, mais curable, sans éruption sur le pis, sans modifications du lait qui ne contient ni bacilles ni toxines diphtériques.

Comme d'autre part les essais *in vitro* ont démontré que le lait constitue un fort mauvais milieu de culture pour le bacille de Lœffler, on peut, de tout ce qui précède, conclure que le lait ne constitue pas un véhicule dangereux pour la propagation de la diphtérie, que sa contamination soit directe, ou indirecte c'est-à-dire provenant de vaches infectées.

Mais comme les expériences de Nencki ont démontré que les streptocoques qui déterminent les complications les plus graves de la diphtérie, peuvent survivre pendant des mois entiers dans la glande mammaire, on doit prescrire de ne jamais donner que du lait bouilli aux enfants atteints de diphtérie. E. MOSNY.

Die ätiologische Bedeutung des Loeffler'schen Bacillus, par C. FRAENKEL (*Deut. med. Woch., n° 11, p. 172, 1895*).

Hansemann a formulé 3 objections contre le bacille de Lœffler :

1° Qu'il ne se trouve pas constamment dans la diphtérie; 2° qu'il se trouve dans d'autres maladies ; 3° que les expériences entreprises sur les animaux ne donnent pas toujours un résultat positif.

Le fait qu'on ne retrouve pas toujours le bacille de Lœffler dans les fausses membranes peut tenir à l'insuffisance des méthodes ou des moyens de recherches. Ainsi, l'auteur a vu, dans un cas, le bacille régner en abondance dans les fausses membranes venant de la trachée (après l'opération), alors qu'il n'avait trouvé que des streptocoques dans les produits pharyngés.

D'autre part, les résultats obtenus par de nouvelles méthodes dans la recherche du vibrion cholérique dans les eaux et du bacille de la septicémie des rats, montrent que bien souvent l'efficacité des recherches provient de la méthode employée. Enfin, il n'est pas douteux qu'il existe des cas de diphtérie dans lesquels on ne trouve que des streptocoques.

Le présence du bacille de Lœffler dans d'autres maladies, notamment la rhinite fibrineuse, maladie bénigne, ne prouve pas plus contre sa spécificité que la présence du bacille de Koch dans le tubercule anatomique ne permet de différencier ce bacille de celui qui produit la pneumonie caséeuse ou la tuberculose miliaire. La présence du bacille de Lœffler chez des individus sains, s'explique tout aussi bien que celle du pneumocoque dans la salive de personnes saines ou du bacille de Koch dans le nez de personnes bien portantes.

L'absence de diphtérie spontanée chez les animaux et les difficultés de reproduire artificiellement la maladie en dehors de l'espèce humaine, ne prouvent pas que le bacille de Lœffler ne soit le véritable agent de la diphtérie ; néanmoins, les résultats obtenus par l'inoculation sur la muqueuse trachéale ou la conjonctive légèrement excoriée des lapins et sur la muqueuse vaginale des cobayes, sont absolument comparables aux produits diphtériques observés chez l'homme. Le point d'appui principal de la théorie d'Hansemann est que l'inoculation, chez l'animal, ne produit qu'un processus limité, sans tendance à l'extension, c'est là un fait matériellement faux : l'inoculation à la trachée du lapin détermine des feusses membranes qui s'étendent jusqu'aux grosses bronches et dont le caractère envahissant est facile à constater. H. DE BRINON.

Sur les troubles imprimés à la température, aux combustions respiratoires et à la thermogenèse par les toxines diphtéritiques, par ARLOING et LAULANIÉ (*Lyon méd., 30 juin 1895*).

L'intoxication diphtérique détermine successivement de la fièvre et des troubles hypothermiques.

L'hypothermie n'est point l'expression ni la mesure des combustions respiratoires et de la thermogenèse ; elle coïncide pendant un certain temps avec une diminution des combustions respiratoires.

L'hypothermie est secondaire et résulte de la dépression vitale im-

primée à l'organisme, elle coïncide toujours avec la diminution des combustions respiratoires.

Des facteurs étrangers au chimisme respiratoire doivent intervenir pour accentuer le refroidissement ou l'échauffement. A. C.

Recherches sur l'influence des températures froides sur le bacille de la diphtérie, par Rudolf ABEL (*Centralbl. f. Bakt., XVII, n° 16, p. 545*).

Ces expériences ont porté à la fois sur des cultures de bacilles diphtériques dans le sérum de Löffler, les unes placées à la température d'une chambre (15 à 22 degrés), les autres exposées à la température extérieure pendant tout l'hiver, et sur des fils de soie stérilisés, imbibés de culture diphtérique puis desséchés et conservés dans la même chambre ou placés au dehors. Elles ont été commencées au mois de janvier.

Les fils recouverts de bacilles de Löffler ont cessé de donner des cultures : au commencement de mars, lorsqu'ils étaient exposés au dehors, au commencement d'avril, lorsqu'ils étaient conservés à la température de la chambre. Les cultures sur sérum ont cessé de donner des ensemencements positifs au commencement d'avril, lorsqu'elles étaient soumises au froid extérieur, alors que celles conservées au dedans donnaient encore des cultures vigoureuses. L'influence du froid, qui diminue donc la vitalité du bacille de Löffler, ne semble pas porter atteinte à sa virulence; car celle-ci a diminué parallèlement dans les deux séries d'expériences. H. BOURGES.

Action de la toxine diphtéritique sur le système nerveux de la grenouille maintenue à 38°, par J. COURMONT, M. DOYON et PAVIOT (*Soc. de biologie, 11 mai 1894*).

On peut produire chez la grenouille des lésions nerveuses accompagnées de symptômes paralytiques et atrophiques, par injection sous-cutanée de toxine diphtéritique. Il faut qu'elle soit placée dans une étuve à 38°. A des températures variant de 0 à 20°, l'animal est réfractaire à la toxine diphtéritique. DASTRE.

Diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique, par SCHERER (*Centralbl. f. Bakter., VII, n° 13 et 14, p. 433*).

Dans 18 cas de méningite cérébro-spinale, l'auteur a toujours trouvé dans le mucus nasal des malades, le diplococcus intra-cellularis, à condition de le rechercher dans les premiers jours de la maladie. Dans cinq de ces cas, il a pu pratiquer les autopsies et retrouver ce microbe dans l'exsudat méningé.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° L'infection dans la méningite épidémique semble se faire par les voies aériennes.

2° La recherche du diplococcus intra-cellularis peut contribuer à établir un diagnostic différentiel.

3° Cette recherche a d'autant plus de chance de succès, qu'on la pratique plus près du début de la maladie. H. BOURGES.

I. — Ueber die sog. " rheumatischen Schwielen " und deren Behandlung, par P. NIEHANS (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, nº 19, p. 603, 1er octobre 1894*).

II. — Ueber ulceröse Endocarditis und fibröse Myocarditis in Zusammenhang mit acutem Gelenkrheumatismus, par LEYDEN (*Berlin. klin. Woch., nº 5, p. 108, 4 février 1895*).

III. — Discussion de la Société de médecine interne (*Ibid., p. 109*).

I. — Niehans décrit une forme de rhumatisme qui présente souvent de grandes difficultés diagnostiques et thérapeutiques ; elle se traduit par des exsudats, variables de configuration et d'étendue, siégeant dans les muscles, dans leurs gaines, dans les interstices conjonctifs inter-musculaires, dans les tendons, dans les gaines des nerfs ou dans le tissu sous-cutané. Ces exsudats, lorsqu'ils ne se résorbent pas, se transforment graduellement en épaisissements calleux que les médecins anciens ont nommés « callosités rhumatismales. » Suivant leur lieu, ces callosités provoquent des douleurs très diverses, locales ou irradiées ; dans le dernier cas, il est très facile de se méprendre sur la source du mal. Quand ces callosités sont peu étendues ou minces, il faut, pour les reconnaître, procéder à l'examen comparatif des parties correspondantes du corps ; il est bon, alors, de graisser sa main pour pratiquer cette palpation. Chez les individus prédisposés, ce sont généralement les régions exposées au froid qui sont le siège de production de cette manifestation rhumatismale : les avant-bras, quand on n'a pas l'habitude de les tremper dans l'eau froide ; les muscles de la nuque et du moignon de l'épaule, chez les femmes court vêtues ; le plexus sus-claviculaire, le sternomastoïdien, les muscles lombaires (surtout chez les hommes).

Lorsque ces foyers sont encore récents, ils cèdent sans difficulté au massage; mais lorsqu'ils sont devenus calleux, ils résistent non seulement au massage, mais à tous les traitements médicamenteux. Dans ces cas, Niehans recommande le traitement suivant : Ramollissement des callosités pendant 1 ou 2 jours, à l'aide d'applications chaudes, suivies d'un massage énergique, sous anesthésie, pour désagréger les callosités, en ayant soin de graisser la peau du malade ; traitement consécutif par des massages doux pour favoriser la résorption de l'exsudat désagrégé. Le succès est parfois immédiat ; la plupart du temps, les douleurs cessent rapidement ; la résorption ne tarde pas plus de deux semaines, en cas de foyers multiples.

II. — Dans l'endocardite rhumatismale, Leyden a toujours trouvé de petits diplocoques arrondis qu'il est disposé à regarder comme l'agent du rhumatisme articulaire aigu. Les cultures n'ont donné de résultat positif qu'une seule fois, mais jamais ni staphylocoques, ni streptocoques. Ces coques ont la forme de ceux décrits par Goldscheider et par Sahli. Un lapin inoculé a succombé sans que son sang renfermât de diplocoques. Les cultures injectées sous la peau d'hommes ont donné peu ou point de fièvre. Chez les rhumatisants, ces injections ont été de nul effet.

III. — A. Fraenkel, d'après ce qu'on sait actuellement, ne croit pas à un virus unique pour le rhumatisme articulaire aigu. Comme Quincke, il a vu l'infection se produire par les amygdales. Dans un cas d'endocardite

ulcéreuse avec nombreuses embolies, qui avait duré près de 3 mois sans fièvre, il a trouvé des streptocoques dans les thrombus.

G. Klemperer ajoute que, dans le cas de Leyden, où l'on a pu cultiver les diplocoques, les premières colonies ressemblaient en même temps à des streptocoques qu'on a pu éliminer par la suite. Ce diplocoque ne forme pas de longues chaînes, ne croît pas sur gélatine et coagule le lait. Il n'est pas pathogène pour les cobayes et les souris, mais tue les lapins en injections intraveineuses et ne leur procure pas l'immunité à l'égard du pneumocoque.

M. Wolff a montré que l'agent causal le plus fréquent de l'endocardite rhumatismale aiguë traverse souvent le placenta pour se propager de la mère à l'enfant ; 9 fois sur 15, il a constaté la présence du staphylocoque doré dans les organes fœtaux; le foie est l'organe du fœtus qui est le premier infecté. Les staphylocoques peuvent rester latents des années dans le corps avant de provoquer des poussées morbides par intervalles, comme c'est le cas pour l'ostéomyélite.

Leyden réplique à Fränkel, que si le rhumatisme articulaire est une maladie infectieuse microbienne, le microrganisme qui la cause doit être un, parce que le rhumatisme articulaire est une maladie aussi caractérisée que la pneumonie franche. J. B.

Influence des produits solubles du B. prodigiosus sur l'infection charbonneuse, par ROGER (*Soc. de biol., 18 mai 1895*).

Chez le lapin les cultures stérilisées du b. prodigiosus entravent le développement de la bactéridie charbonneuse : chez le cobaye le résultat est inverse. Les associations microbiennes peuvent avoir des résultats diamétralement opposés. DASTRE.

Sur la toxine charbonneuse, par L. MARMIER (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, 27 juillet 1895*).

En cultivant, à basse température, la bactéridie charbonneuse dans des solutions de peptone glycérinée, on peut extraire du milieu de culture, une toxine particulière à la bactéridie. Cette toxine n'a pas les réactions connues des matières albuminoïdes; en outre, elle ne transforme ni l'empois d'amidon, ni les solutions de sucre de canne, ni les solutions de glycogène. Inoculée aux animaux sensibles au charbon, elle amène, à certaines doses, la mort de l'animal par cachexie. Les animaux réfractaires à la maladie microbienne (poules, grenouilles, poissons), paraissent être presque indifférents à la toxine. Il semble en être de même des lapins immunisés contre le charbon, par des virus atténués. Cette substance est atténuée, mais non complètement détruite par le chauffage à 110°, différant ainsi du venin des serpents, des toxines tétanique et diphtérique et des diastases. Au contraire, de même que les toxines microbiennes précédentes, elle perd son action sur les animaux, si on la met au contact des hypochlorites alcalins. L'insolation prolongée au contact de l'air amène le même résultat.

En employant des doses convenables et graduées de toxine charbonneuse, on peut arriver à immuniser des animaux contre le charbon, de même qu'avec les autres toxines on arrive à donner l'immunité contre les

maladies correspondantes. Les cultures de charbon dans d'autres liquides, tels que le sérum de sang de bœuf, les bouillons de viandes de cheval, de bœuf ou de veau ne contiennent pas de toxine d'une façon appréciable. Par contre, on peut extraire des cultures de charbon sur gélose nutritive, une toxine, en faisant macérer dans de l'eau alcoolisée les microbes qui ont poussé sur ce milieu. L'apparition de la toxine charbonneuse dans un milieu dépend donc d'une manière très étroite, des conditions d'existence qui sont données à la bactéridie dans ce milieu. Quand ces conditions se trouvent réalisées, la toxine contenue à l'intérieur des microbes se diffuse à l'extérieur. PAUL TISSIER.

De l'action hypothermisante des produits de culture du bacillus coli commune, par E. BOIX (*Soc. de biol.*, *8 juin 1895*).

La coli-toxine produit des convulsions et la mort de l'animal injecté dans l'espace de 24 heures, avec hypothermie. L'ingestion répétée produit lentement (de 8 à 44 jours) le même effet que l'injection veineuse. L'ictère grave hypothermique serait une véritable coli-bacillose à détermination hépatique. DASTRE.

Lésions ostéomyélitiques expérimentales provoquées par le bacterium coli commune, par AKERMAN (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *3*).

Le coli-bacille injecté dans les veines d'un jeune lapin peut produire des lésions inflammatoires du système osseux. Ces lésions ressemblent par beaucoup de caractères à celles que provoquent expérimentalement et cliniquement les microbes de la suppuration. On note d'abord des infiltrations de cellules embryonnaires dans les parties molles de l'os, puis des amas cellulaires dans la moelle et le tissu spongieux, enfin des foyers ramollis et des abcès circonscrits sous le périoste ou dans l'intérieur de l'os atteint. Ces lésions dominent vers le bulbe de l'os et l'épiphyse ; elles sont multiples, uni ou bipolaires ; elles affectionnent les extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia; mais peuvent se voir dans tous les os longs. A côté des types aigus, on observe des formes chroniques avec des nécroses et des hyperplasies.

Si analogues que soient ces effets du coli-bacille, il faut remarquer que les pyogènes ont une influence beaucoup plus sûre et plus active. Le coli-bacille agit seulement à doses plus massives, et encore plus lentement.

Les faits précédents sont purement expérimentaux, mais on peut prévoir que l'avenir mettra en relief le rôle du coli-bacille dans certaines ostéomyélites spontanées de l'homme. On sait sur ce point le rôle du bacille d'Eberth. GIRODE.

Notes sur les causes de la dysentérie, par GASSER (*Arch. de méd. exp.*, *VII*, *2*).

Dans 40 0/0 des cas de dysenterie vraie, l'examen des selles dénote la présence de l'*amœba coli* à côté de différentes formes bactériennes. Le parasite se retrouve directement dans le contenu intestinal, mais non dans les organes. Sa fréquence pourrait cependant lui faire accorder déjà une importante signification, s'il n'était démontré que le

parasite existe chez le quart environ des individus sains. D'autre part, l'injection de selles dysentériques dans le gros intestin du chat détermine bien un état dysentérique prononcé ; mais rien ne prouve que c'est l'effet de l'*amœba coli* plutôt que des autres éléments infectieux injectés. D'ailleurs le chat présente spontanément une dysenterie ulcéreuse analogue, indépendante des amibes. Le rôle de l'*amœba coli* dans la dysenterie humaine est donc à réserver. GIRODE.

Des propriétés cholérigènes des humeurs de malades atteints de choléra asiatique. Contribution à l'étude de l'intoxication cholérique, par F.-J. BOSC (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 6, p. 507, 25 août 1895*).

Les humeurs des cholériques, urines et sang en particulier, peuvent être très toxiques et reproduire chez l'animal les symptômes du choléra mortel le plus typique. Le sérum du sang des cholériques gravement atteints contient une énorme quantité d'une substance dont les effets sont identiques à ceux que Petri, Pfeiffer, ont obtenus à l'aide des toxines secrétées par le bacille virgule en milieu de culture artificielle. Il semble bien, en dernière analyse, que les symptômes du choléra humain sont entièrement sous la dépendance d'une intoxication par des poisons qui, secrétés dans l'intestin, ont pénétré dans le courant sanguin.

P. TISSIER.

Les leucocytes et les propriétés actives du sérum chez les vaccinés, par J. BARDET (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 6, p. 462, juin 1895*).

Le choléra-sérum n'est pas antitoxique ; les animaux vaccinés n'ont eux-mêmes, d'ailleurs, aucune immunité réelle entre la toxine que fabrique le vibrion. Le sérum ne produit donc l'immunité que vis-à-vis du microbe lui-même. Il contient, lorsqu'il est frais, deux substances, une substance bactéricide et une substance préventive. Dans le sérum conservé depuis longtemps, ou mieux encore dans le sérum qui a été chauffé à 55°, la matière bactéricide n'existe plus : il conserve cependant toutes ses qualités immunisantes. La présence de cette matière bactéricide n'est pas indispensable à l'activité du sérum préventif. Elle n'est pas spéciale à ce sérum, elle existe dans le sérum neuf. L'animal neuf à qui l'on injectera le choléra-sérum pour le mettre à l'abri de l'infection, possède déjà cette matière : il est inutile de lui en fournir une quantité additionnelle. Ce que l'animal ne possède pas, c'est la substance préventive, c'est cette dernière, par conséquent, qu'il importe de lui donner, et l'on se demande par quel mécanisme cette matière introduite dans les tissus, provoque l'immunité. Il est certain que les leucocytes, en tant que cellules vivantes, sensibles, capables de réaction, perçoivent la présence du sérum préventif. Sous son excitation, ils sont capables de réagir par un mouvement. Ils manifestent envers le sérum préventif, un chimiotaxisme positif prononcé. En outre, on est frappé de voir, lorsqu'on mélange sur une lame qu'on porte ensuite à la température de 37°, du sang défibriné bien frais d'animal neuf, une trace de sérum préventif et les vibrions, combien les leucocytes, même *in vitro*, englobent les microbes et se montrent souvent remplis de granulations arrondies. On ne peut guère, en

présence de ces faits, se refuser à croire que le sérum agisse sur les leucocytes comme une stimuline, comme un excitant de la phagocytose.

Mais ce n'est pas là toute l'immunité que procure l'injection du sérum préventif. Cette injection provoque l'apparition d'un pouvoir bactéricide très marqué vis-à-vis du vibrion cholérique, contre lequel le sérum est spécifiquement actif. Or, la substance préventive, incapable par elle-même de faire périr le vibrion, rencontre, quand on la mêle au sérum neuf, une substance légèrement bactéricide qui, sous son influence, acquiert des qualités antiseptiques nouvelles et énergiques. Cette matière était préformée dans le sérum neuf, elle ne s'y est pas produite au moment du mélange avec le sérum préventif, par un mécanisme de sécrétion cellulaire, car la présence dans le liquide de cellules, quelle que soit d'ailleurs leur nature, est tout à fait inutile à l'apparition de l'intense pouvoir bactéricide. Cette matière n'est point, pendant la vie, uniformément dissoute dans le plasma, mais elle est au contraire confinée dans les leucocytes.

P. T.

Immunisation des lapins contre le streptocoque de l'érysipèle et traitement des affections érysipélateuses par le sérum du sang d'animal vacciné, par D. GROMAKOWSKY (*Ann. de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 621, juillet 1895*).

Les lapins peuvent être immunisés contre le streptocoque, par l'injection de cultures atténuées dans le péritoine et leur sérum a des propriétés préventives et curatives contre l'érysipèle provoqué chez le lapin et contre l'érysipèle naturel chez l'homme (2 cas). PAUL TISSIER.

Recherches sur l'étiologie de la fièvre aphteuse épizootique, par Pietro PIANA et Angelo FIORENTINI (*Centralbl. für Bakter., 16 avril 1895, XVII, n°s 13-14, p. 450*).

Comme Schottellius et R. Behla l'ont déjà soutenu, la fièvre aphteuse épizootique n'est pas une maladie microbienne. On trouve dans le liquide des vésicules, dans la muqueuse et dans le sang, des organismes qui se rapprochent des parasites de la malaria. Ils se présentent sous les formes suivantes : Ce sont soit des corps sphériques réfringents, ayant 1/2 à 4 μ de diamètre, soit des corps de 2 à 4 μ renfermant dans leur intérieur une ou plusieurs granulations réfringentes, soit des corps de 3 à 4 μ, contenant les mêmes granulations groupées autour d'un noyau. Ces corpuscules présentent souvent des pseudopodes et quelquefois même des mouvements amiboïdes. H. BOURGES.

Épilepsie spinale expérimentale; spasmes des extrémités sous l'influence des toxines, par A. CHARRIN (*Soc. de biol., 18 mai 1895*).

L'inoculation des produits du bacille pyocyanique peut provoquer une paraplégie. Chez un lapin ainsi paralysé, il y a augmentation des réflexes, tremblement général quand on suspend l'animal par les oreilles, écartement des orteils, accroissement des ongles, en somme, les caractères de l'épilepsie spinale. DASTRE.

Note sur le sort des blastodermes de poulet implantés dans les tissus d'animaux de même espèce, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol., 4 mai 1895*).

Les tumeurs proviendraient d'îlots de cellules embryonnaires persistants, d'après la théorie de Cohnheim. Leopold (1881), greffant sur des lapins des embryons de même espèce, a vu des résorptions totales, des réactions inflammatoires, ou un développement de tissu cartilagineux. Féré opère avec le poulet : les embryons de 72 heures sont résorbés ; avec des embryons de 24 à 48 heures à tissus non différenciés, on observe quelquefois un développement de tissu. Les éléments embryonnaires restés au milieu de tissus normalement développés sont susceptibles d'une évolution ultérieure pouvant être l'origine de tumeurs. DASTRE.

I. — Effets toxiques des injections intraveineuses faites avec la pulpe des tumeurs épithéliales ulcérées, par Ch. RICHET (*Soc. de biologie, 1er juin 1895*).

II. — Toxine cancéreuse, par BOINET (*Ibidem, 22 juin 1895*).

I. — Les sarcomes et les carcinomes non ulcérés ne produisent aucun effet toxique. Les épithéliomes des muqueuses, au contraire, contiennent un poison très violent tuant en quelques minutes avec convulsions le chien et le lapin. Ce poison n'est pas détruit par la température de l'autoclave.

II. — Un chien atteint de cancer succombe après l'injection intra-veineuse de 30 centimètres cubes de suc cancéreux frais d'encéphaloïde ulcéré du sein d'une femme, en quelques minutes (?), tandis qu'un chien sain résiste à une dose plus forte. L'extrait alcoolique de ce suc cancéreux donne les réactions des ptomaïnes. DASTRE.

Della influenza degli agenti fisico-chimici sugli anaerobi patogeni del terreno, par F. SANFELICE (*Annali dell' Istit. d'Ig. sperim. d. R. Univ. di Roma, III*).

Les spores des microorganismes anaérobies pathogènes du sol résistent plusieurs heures à l'influence de hauts degrés de température. En revanche, la lumière solaire, indépendamment de la chaleur, peut les tuer en un temps relativement court. Ces spores conservent longtemps dans l'eau leur vitalité et leur virulence, qu'il s'agisse d'eau potable ou d'eau contenant des substances organiques, animales ou végétales, en voie de putréfaction. Elles résistent de même longtemps à la dessiccation. Elles tolèrent plusieurs heures l'action des gaz qui se trouvent habituellement ou accidentellement dans le sol. Très résistantes aux effets de l'acide carbonique, elles le sont moins à ceux de l'hydrogène sulfuré, et encore moins à ceux de l'ammoniaque. Elles résistent aussi fort bien à l'influence des substances chimiques qui se trouvent dissoutes dans le sol.

Les spores du tétanos sont les plus réfractaires aux effets de la chaleur, de la lumière solaire et des composés chimiques du sol; viennent en second lieu les spores de l'œdème malin, et en troisième celles du charbon symptomatique. J. B.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Recherches sur l'élimination de quelques substances médicamenteuses par la muqueuse stomacale, par Paul BINET (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 1, p. 5, et n° 2, p. 73, janvier et février 1895*).

Expériences faites par injections sous-cutanées sur un chien porteur d'une fistule gastrique et sur d'autres animaux : chiens, chats, lapins, cobayes et rats, avec ou sans isolement préalable de l'estomac entre deux ligatures.

Les bromures et iodures alcalins passent facilement dans le contenu stomacal ; la présence de l'iode peut y être encore décelée bien des jours après l'injection.

Les chlorates passent moins facilement et seulement après l'emploi de hautes doses.

Après injection sous-cutanée ou intra-veineuse de tartre stibié, la présence de l'antimoine n'a pas pu être nettement constatée dans le contenu stomacal, soit par la méthode de Marsh, soit par le procédé électrolytique ; les résultats ont été également nuls ou douteux pour le contenu intestinal.

Le lithium et le magnésium ont pu être décelés en très faible quantité ; le strontium n'a pas été retrouvé.

Les acides salicylique et gallique, le gaïacol, l'antipyrine, le chloral ont le plus souvent manqué ou ne se sont montrés qu'à l'état de traces.

La morphine, la quinine, la strychnine et l'atropine ne passent qu'en très faible proportion. Avec la morphine, à dose non mortelle, les lavages répétés de l'estomac n'ont pas modifié sensiblement l'intoxication.

J. B.

Sur l'action physiologique des sels de nickel, par P.-N. BOULATOFF (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

1° Les sels de nickel produisent, chez la grenouille, d'abord de l'excitation, puis de la paralysie du système nerveux central. L'excitabilité réflexe de la moelle épinière est d'abord un peu exagérée, mais tombe bientôt à zéro par paralysie de la moelle.

2° Si l'on introduit du nickel dans le sac péricardique, la paralysie du cœur est précédée par de la difficulté, des irrégularités et enfin par la suppression de la respiration, probablement, par paralysie du centre respiratoire. L'arrêt du cœur a lieu par paralysie du muscle et des ganglions cardiaques ; avec de faibles doses, il y a d'abord de la tachycardie par excitation des ganglions intra-cardiaques.

3° Indroduits dans l'estomac des chiens, les sels de nickel ont une action locale ; la mort n'a lieu qu'exceptionnellement avec des doses très

fortes par épuisement. Injectés sous la peau ou dans le sang, à la dose 0,005 milligrammes par kilogramme d'animal, les sels de nickel produisent, en plus des troubles gastro-intestinaux, une chute de la température et de l'épuisement de l'animal ; à la dose de plus de 0,01 centigramme par kilogramme d'animal, ils tuent le chien, le nickel ne s'éliminant que lentement et manifestant des effets cumulatifs. Il est probable que le nickel est retenu par le foie.

4° Les phénomènes du côté des organes digestifs chez le chien, après injection sous-cutanée ou intra-veineuse des sels de nickel s'expliquent en partie par l'action locale du sel qui est éliminé par la bile et par les glandes intestinales, en partie par la transsudation dans l'intestin après hyperémie préalable des organes intestinaux. Les vomissements qui apparaissent rapidement après l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse peuvent s'expliquer par l'action sur le centre des vomissements.

5° La légère augmentation des hématies dans le sang tient à l'épaississement du sang par suite de la transsudation active dans les organes digestifs.

6° L'abaissement de la pression sanguine est constante, même avec des doses faibles et dépend moins de leur action sur les centres vasomoteurs que sur les appareils vasomoteurs périphériques, ainsi que de l'affaiblissement du cœur.

7° L'abaissement de la température s'observe dans toutes les espèces animales ; il y a non pas augmentation des pertes caloriques, mais diminution de la production de chaleur, les vaisseaux cutanés étant resserrés et la peau froide. Il est probable que l'abaissement de la température dépend d'une action sur le système nerveux central ou d'une diminution de l'activité cellulaire sous l'influence des sels de nickel. H. FRENKEL.

Action comparée des sels de cadmium et de zinc, par J. ATHANASIU et P. LANGLOIS (*Soc. de biol., 18 mai 1895*).

La fermentation lactique est modifiée et arrêtée par des doses de ces sels en rapport avec leur atomicité, et aussi d'après l'hypothèse de Richet avec l'activité plus grande des métaux rares. Chez les animaux les doses toxiques (arrêt du cœur) sont, pour le cadmium, 0gr,042, et pour le zinc, 0gr,033, les poids moléculaires étant 112 et 65. DASTRE.

Étude histologique sur les lésions produites dans les organes par le formol et l'acide formique, par PILLIET (*Progrès méd., 17 août 1895*).

Les expériences ont porté sur 4 chiens qui ont reçu en injections sous-cutanées des doses successives du formol du commerce (30 à 40 0/0 d'aldéhyde formique) sur un 5e chien qui a reçu de l'acide formique. L'acide formique seul a produit des escharres au niveau des piqûres. Sur le rein, on observe d'abord une congestion intense, surtout au niveau des glomérules, puis une vacuolisation des cellules ; enfin, l'élimination de fragments plasmiques provenant des cellules glandulaires ; dans le foie, les lésions sont également congestives et identiques à celles d'un foie cardiaque ; dans l'estomac, on voit les cellules bordantes augmentées de volume et plus nombreuses ; les cellules principales sont tuméfiées.

Dans la rate et les capsules surrénales, les globules rouges sont transformées en blocs de pigment. Dans un seul cas où le cœur a été examiné la fibre cardiaque était lésée. H. L.

Valeur thérapeutique du pambotano (calliandra houstoni) dans le traitement de quelques manifestations paludéennes, par CRESPIN (*Bulletin général de thérap.*, *p. 110*, *15 août 1895*).

Crespin a essayé la racine de pambotano dans le traitement de certains accidents paludéens. Il a administré la racine, en décoction, à la dose de 80 grammes par jour pour l'adulte et de 40 grammes pour l'enfant (en 8 fois). Les effets physiologiques sont caractérisés par l'augmentation de la salivation, de la sécrétion urinaire, par des sueurs abondantes, par l'augmentation de la fréquence et de la force du pouls.

Le médicament a été donné à 60 malades, dont 30 avaient été traités auparavant sans résultat; 50 succès incontestables ont été obtenus.

Dans les fièvres intermittentes quotidiennes, les résultats ont été remarquables : 20 succès sur 20 cas; et, dans 16 cas, il a suffi de 80 grammes de racine pour couper la fièvre d'une façon définitive. Dans les 4 autres cas, il a fallu renouveler la dose quelques jours plus tard.

Dans les fièvres continues simples, les résultats ont été tout aussi décisifs : 25 cas, 23 succès. Il a fallu généralement une dose et demie ou deux doses.

Par contre, dans les fièvres bilieuses des pays chauds, le médicament a échoué, ainsi que dans un cas d'accès pernicieux qui s'est terminé par la mort. Enfin, dans le paludisme chronique, on a compté 5 succès sur 6 cas. Il a fallu 4 fois deux doses, 1 fois une seule dose a suffi. La rate a diminué en même temps que l'état général s'améliorait, et cela en moins de vingt jours.

En résumé, le pambotano réussit souvent dans les accidents palustres, là où auparavant la quinine et d'autres médicaments avaient échoué; c'est surtout dans les fièvres intermittentes et dans les formes continues simples, qu'il est le plus actif. Il ne paraît pas agir spécifiquement sur les accidents palustres; il agit vraisemblablement en relevant l'état général, en favorisant la décharge, l'élimination des agents infectieux par la peau. G. LYON.

Influence de l'oignon sur la diurèse et sur les pertes cutanéo-pulmonaires, par STAWSKI (*Thèse de St-Pétersbourg*, *1895*).

Huit hommes bien portants, âgés de 22 à 38 ans, recevaient, pendant 6 jours, 60 à 100 grammes d'oignon par jour; ils restaient en observation pendant 3 jours avant et pendant 3 jours après le traitement, pour établir la comparaison. Il résulte de cette comparaison que :

1° L'oignon cru, à la dose de 100 grammes, ingéré avec l'alimentation mixte, n'a pas d'influence marquée sur la diurèse chez l'homme sain;

2° Les pertes cutanéo-pulmonaires n'ont pas été augmentées, tout au moins pendant les chaleurs d'été;

3° Dans 5 cas sur 8, le poids du corps a été augmenté, pendant et après la période médicamenteuse;

4° Dans 6 cas sur 8, la quantité des selles et leur teneur en eau étaient légèrement augmentées, pendant et après l'ingestion d'oignon ;

5° L'échange de l'eau a légèrement diminué ;

6° L'appétit s'améliore, il y a d'abord de l'excitation, puis, pendant un court moment, une tendance au sommeil ;

7° La soif est augmentée, il y a des renvois ;

8° Il y a de l'accélération des mouvements péristaltiques, de la liquéfaction des selles et la défécation est rendue facile. H. FRENKEL.

I. — Recherches de pharmacodynamie comparée sur les actions cardiaques de la morphine, par L. GUINARD (*Soc. de biol., 18 mai 1895*).

II. — Action excito-sécrétoire de la morphine sur les glandes salivaires et sudoripares, par le même (*Ibid., 11 mai 1895*).

I. — Il y a renforcement de l'énergie du cœur par les doses thérapeutiques chez la chèvre, le mouton, le bœuf, l'âne, le cheval et le chien. Chez le chien, de plus, le cœur est d'abord accéléré, puis ralenti : c'est l'inverse, avec les doses un peu fortes chez la chèvre et le mouton. L'accélération domine chez le cheval, l'âne, le porc et le chat. Chez tous les animaux l'action toxique se manifeste par l'accélération excessive du rythme et l'affaiblissement des contractions. La morphine produit ou exagère les irrégularités. Les pulsations s'associent par couples de deux chez la chèvre et les bovidés et quelquefois la première seule est efficace. Chez le chien, les phénomènes sont dus à une action sur les centres modérateurs bulbaires ; peut-être y a-t-il une narcotisation du système excitateur. Chez les autres animaux (cheval, bœuf, mouton, chèvre) la morphine est un vaso-constricteur puissant et les phénomènes sont dus surtout à des actions périphériques sur les ganglions automoteurs.

II. — Chez le chien, la salivation apparaît au début de la morphinisation et dure longtemps si la dose est faible. Chez les animaux pour qui la morphine n'est pas un hypnotique (bœuf, chèvre, mouton, porc, chat), la salivation est le fait dominant et s'exagère avec la dose. Chez le cheval et l'âne, la salivation est remplacée par la sudation. Chez l'homme il y a un peu de salivation, mais surtout de la sudation. Les effets sont dus pour une grande partie à une action directe des centres nerveux.

DASTRE.

Contribution à l'étude de l'action physiologique de la phlorhizine, par F. COOLEN (*Arch. de pharmacodynamie, I, 4, p. 267*).

La glycosurie obtenue par l'injection hypodermique de phlorhizine, loin d'être de plus courte durée que celle par l'administration interne est généralement beaucoup plus longue. La glycosurie augmente au début avec la dose, mais celle-ci devient rapidement maximale et à partir de ce moment on ne peut plus dire que la glycosurie augmente avec la dose. En suspension dans l'huile ou dans le mucilage de gomme arabique, la glycosurie provoquée est plus intense qu'avec la solution. L'élimination de la phlorhizine est surtout forte pendant les 2 ou 3 jours qui suivent l'injection ; pendant la période ultérieure de la glycosurie l'élimination de la phlorhizine est au moins douteuse.

La glycosurie (chez le chien) peut être intense, prolongée et même devenir mortelle, mais il n'y a pas diabète permanent, l'administration de la phlorhizine cessant, la glycosurie disparaît au bout d'un certain temps. La glycosurie peut persister à un très haut degré sans provoquer une perte notable de poids ou de l'amaigrissement.

Le foie n'a pas d'action inhibitive sur l'action diabétique de la phlorhizine (injections dans la veine porte).

Pour obtenir chez le lapin l'ensemble des symptômes régulièrement présentés par le chien, il faut non seulement répéter, mais encore élever de beaucoup les doses.

La glycosurie n'a pas, d'une manière générale, une origine rénale, puisque le sang des lapins après l'injection du phlorhizine est hyperglycémique et que l'hyperglycémie augmente encore après l'extirpation des reins. P. T.

Effets de la spermine, par A. PŒHL (*Broch. Berlin, 1895*).

P. étudie les effets de la spermine sur les auto-intoxications en général et la diathèse urique en particulier. Cette base reste en quantité relativement grande dans les tubercules, la prostate, le corps thyroïde, le thymus, la rate et le sang. Elle paraît jouer un rôle important dans les oxydations organiques.

Cet effet sur les oxydations se retrouve quand on l'administre soit par la bouche soit par la voie hypodermique. Il y a tantôt augmentation de l'acide urique avec diminution des leucomaïnes, tantôt augmentation des leucomaïnes avec état stationnaire de l'acide urique. Son action thérapeutique dans la goutte se rapproche beaucoup de celle des alcalins.

En dehors de l'action chimique incontestable, la sensation de bien-être que donnerait la spermine serait des plus remarquables.

A.-F. PLICQUE.

Sur l'absorption de l'abrine par les muqueuses, par RÉPIN (*Annales de l'Institut Pasteur, n° 7, p. 517, juillet 1895*).

L'abrine dialyse fort mal. R. a étudié son absorption par le tube digestif et par la muqueuse conjonctivale en se servant de macération de jéquirity.

Le pouvoir toxique n'est ni aboli, ni diminué sensiblement par l'action des sucs digestifs *in vitro*; même résultat des expériences faites sur le tube digestif de l'animal mort ou vivant. Les microbes de l'intestin sont aussi sans action destructive marquée. De même l'action du foie est nulle. La conjonctive, même après énervation (section de la branche ophtalmique du trijumeau), n'absorbe pas l'abrine.

La raison de cette non-absorption de l'abrine est qu'elle dialyse mal. De même la toxine diphtéritique, le venin de serpent, traversent très difficilement la membrane du dialyseur et sont peu ou pas toxiques ingérés par la voie intestinale. PAUL TISSIER.

Weitere Erfahrungen über das Resorbin, par P. LEDERMANN (*Berlin. klin. Woch.* n° 12, p. 258, 25 mars 1895).

Le nouvel excipient pour pommades, imaginé par Ledermann, est une émulsion graisseuse de consistance ferme, contenant de l'huile d'amandes, de la cire, un peu de gélatine, de savon et de lanoline.

La résorbine peut servir de véhicule à tous les médicaments ; seule la résorcine tend à la liquéfier. Les avantages de la résorbine tiennent, d'une part, à ce que renfermant de l'eau, elle a une action réfrigérante, précieuse dans le prurit sénile et dans le prurigo (additionnée de naphtol et de soufre), d'autre part à sa facile résorption qui la rend utile dans toutes les affections croûteuses et squameuses (eczéma impétigineux, psoriasis, séborrée sèche, ichtyose, dermatites artificielles à tendance ulcéreuse, etc.)

En revanche, en raison même de sa teneur en eau, la résorbine ne convient pas aux dermatoses accompagnées de suintement non plus qu'aux plaies suppurantes. J. B.

Bericht über einige..... (Rapport sur quelques empoisonnements par les champignons, survenus à Münich en août et septembre 1894), par TAPPEINER (*Münch. med. Woch.*, n° 7, p. 133, 1895).

L'auteur relève entre autres particularités l'énorme dégénérescence graisseuse du foie, qui la met au rang des dégénérescences du foie gras des buveurs, ou de l'intoxication aiguë par le phosphore. Il trouve dans le foie sec 68,9 et 53.6 0/0 de graisse relevée par l'éther ; pour 8,9 à 25,5 0/0 dans foie normal. C. LUZET.

Ueber die Löslichkeit des Kohlenoxydgases..... (Solubilité de l'oxyde de carbone dans les solutions d'hémoglobine ; dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée ; remarques sur la toxicité des alcaloïdes), par G. HÜFNER (*Archiv f. Physiol.*, p. 209 et 213, 1895).

La solubilité proprement dite de l'oxyde de carbone dans les solutions d'hémoglobine est moindre (0,02096) que dans l'eau distillée (0,02337 à 19°,6). L'auteur détermine la courbe de la dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée en fonction de la tension CO. La dissociation est presque nulle pour des tensions supérieures à 1 millimètre de mercure. Elle n'atteint pas 20 0/0 de la combinaison à la tension d'un demi-millimètre.

L'auteur expose l'hypothèse de Böhm (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, p. 16), qui explique l'empoisonnement par les alcaloïdes et par des combinaisons peu stables formées par l'alcaloïde et le protoplasme de certaines cellules (cellules nerveuses, par exemple). Ces combinaisons seraient comme l'hémoglobine oxycarbonée, dissociables lorsque la quantité d'alcaloïde présente dans la lymphe ou le plasma sanguin descend au-dessous d'une certaine valeur. La dissociation expliquerait la restauration qui peut suivre l'empoisonnement non mortel. LÉON FREDERICQ.

Zur Strychninvergiftung der Hühner (Sur l'empoisonnement du poulet par la strychnine), par J. VOGEL (*Zeit. f. Biologie*, XXXII, p. 308, 1895).

Les poules montrent une grande résistance à l'emploi de la strychnine.

L'auteur en a profité pour faire ingérer à trois poules (en plusieurs séances) respectivement 0gr,365, 0gr,286 et 0gr,285 de nitrate de strychnine. Pas de symptômes d'empoisonnement. Il recueillit six œufs, dans lesquels la strychnine fut recherchée avec beaucoup de soin. Ces œufs n'en contenaient pas trace. LÉON FREDERICQ.

Vergiftung mit Samen der Datura Stramonium, par E. WEHRLI (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 6, p. 172, 15 mars 1895*).

1° Marthe âgée de 6 ans, 2 heures après avoir mangé les graines et la chair de 3 pommes épineuses, frappe sa mère par sa démarche incertaine, ses yeux saillants, sa face rouge et son langage délirant. Trois heures plus tard, couchée avec sa sœur, elle se met à la battre, lui arrache les cheveux et déchire les draps ; de temps en temps, miction involontaire douloureuse. Etat 17 heures après l'empoisonnement : Illusions et hallucinations de nature gaie ; pupilles dilatées au maximum et rigides ; conjonctives palpébrales rouges et sèches ; un peu d'exophtalmie avec des roulements des yeux, 130 pulsations régulières ; 37° 2 ; 38 respirations. Une injection de 4 milligrammes de chlorydrate de morphine n'ayant rien produit, 3 heures plus tard (c'est-à-dire 20 heures après l'accident), Wehrli en administre 1 centigramme à l'intérieur en solution par cuillerées à thé d'heure en heure ; en outre acide tannique, café, affusions froides et bains. Le soir, nouvelle dose interne de 1 centigramme de morphine. Le lendemain, 28 heures après l'empoisonnement, vomissements contenant une dizaine de graines de datura. Puis l'enfant tombe dans un profond sommeil qui dure jusqu'au jour suivant. Au réveil, conscience parfaite, 36° 2 ; 92 pulsations. Sur le dos du pied gauche, deux plaques scarlatineuses douloureuses à la pression. Pupilles réagissant. Les jours suivants, les selles renferment de nombreuses graines de stramonium.

2° Lina, âgée de 14 ans, camarade de la précédente, a mangé en même temps qu'elle les graines de 2 pommes épineuses. Etat 17 heures après : Mêmes symptômes ; seulement les hallucinations et illusions ont une teinte érotique ; 88 pulsations. Administration de paquets composés de 1 centigramme de morphine, de 5 centigrammes de tannin, café, affusions. Le délire disparaît très vite. Le troisième jour après l'accident, graines de datura en abondance dans les garde-robes. Toutes deux étaient parfaitement rétablies le sixième jour. (*R. S. M.*, VII, 548 ; XX, 80 ; XXXVII, 97 et XLIV, 475). J. B.

Eine Fall von chronischer Trionalvergiftung, par H. REINICKE (*Deut. med. Woch., n° 13, p. 211, 1895*).

Il s'agit d'une folle, bien portante d'ailleurs, âgée de 26 ans, qui prit, dans un intervalle de 4 mois, du trional à la dose de 1 gramme tous les deux jours ; deux repos de 12 à 15 jours avaient été intentionnellement ménagés.

La dose totale fut d'environ 40 grammes en 107 jours ; malgré les précautions, la malade fut prise d'accidents graves : troubles nerveux, selles glaireuses, urines sanguinolentes, état général très mauvais qui ne disparurent qu'au bout de 18 à 21 jours.

C'est le 4e cas d'empoisonnement par le trional publié ; 2 se sont terminés par la mort ; il semble donc que le médicament ne présente pas l'inocuité qu'on lui prêtait au début. H. DE BRINON.

Zur Anatomie der Sulfonalvergiftung (Empoisonnement par le sulfonal), par MARTHEN (*Münch. med. Woch., n° 18, p. 422, 1895*).

Le maximum des lésions porte sur les épithéliums sécrétoires des canalicules contournés et sur les branches ascendantes des anses de Henle; l'irrégularité du protoplasma et sa dissolution l'emportent sur la nécrose nucléaire. Le cœur présente des lésions notables de fragmentation du myocarde. Par contre, le foie ne présente aucune lésion spécifique et les hémorragies rencontrées dans les poumons, ainsi que dans les reins, n'ont aucune spécificité non plus. C. LUZET.

Contributo allo studio del mecanismo d'intossicazione par $CO.H^2S.CAzH$, par BORRI (*Lo Sperimentale, parte biol., p. 5, 1895*).

L'acide cyanhydrique, l'hydrogène sulfuré, l'oxyde de carbone exercent sur l'organisme animal une action toxique identique, mais de degrés variables. Cette action, qui est universelle, par rapport au protoplasma vivant, est au point de vue pharmacologique élective sur le tissu nerveux, qui se paralyse après une phase initiale d'excitation. Les modifications de l'hémoglobine, par déplacement d'oxygène, sont des coefficients des intoxications subaiguës ou lentes, mais ne donnent pas l'explication de toutes les manifestations de l'empoisonnement aigu : parce qu'elles peuvent manquer et parce que le plus souvent elles ne sont pas telles qu'il en résulte une grave hypooxyhémie. Les modifications de la fonction du cœur et de la respiration et celles de la pression sanguine surtout, sont dues à une action sur les centres nerveux et spécialement sur le bulbe. Il en résulte que, thérapeutiquement, il faut satisfaire à l'indication d'exciter le bulbe, pour activer la respiration et relever la pression sanguine. C. LUZET.

Ueber Leberatrophie bei acuter Phosphorvergiftung (De l'atrophie hépatique dans l'empoisonnement phosphorique aigu), par HEDDERICH (*Münch. med. Woch., n°s 5 et 6, p. 93 et 120, 1895*).

Hedderich rapporte un cas d'intoxication phosphorée aiguë terminée par guérison. Au début, ce cas où manquaient les anamnestiques avait été considéré comme un ictère grave. Il débuta par des symptômes de gastrite ; l'ictère débutait le 3e jour. Le foie subit les modifications suivantes : au 5e jour, il mesurait 10, 9 et 8 centimètres dans ses différents diamètres, au 6e jour, 7, 6, 4 centimètres, aux 9-10e jours, 6, 3 et 3. Le 12e jour, la matité hépatique paraît augmenter : elle est, le 13e jour, de 7 1/2, 5 et 4 centimètres ; au 14e jour, 9, 7, 6, et au 41e jour, 9 1/4, 7 1/4 et 7 ou 8 centimètres. En somme la réduction de diamètre fut plus importante que l'hypertrophie secondaire. Il faut noter que dans ce cas on ne trouva dans l'urine ni leucine, ni tyrosine, ni acide sarcolactique. Le malade perdit 3 dents au cours de sa maladie. L'auteur ne croit pas qu'on puisse poser le diagnostic certain d'atrophie jaune aiguë du foie, si on n'élimine pas nettement l'intoxication phosphorique.

C. LUZET.

Des accidents industriels du phosphore et en particulier du phosphorisme, par MAGITOT (*Bull. Acad. de méd., 12 mars 1895*).

On doit désigner sous le nom de phosphorisme un état particulier de l'organisme, qui résulte de l'absorption lente et progressive du phosphore

blanc et de sa fixation dans les organes et dans les tissus de l'économie.

Tous les ouvriers exposés aux vapeurs phosphorées paraissent voués, sans exception, au phosphorisme, dont l'intensité varie suivant différentes circonstances. Il se manifeste par des symptômes généraux et des symptômes particuliers.

Les symptômes généraux, communs à tous les ouvriers, sont : l'état cachectique, la teinte subictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine, l'anémie et une déchéance de la nutrition très marquée. Les signes particuliers dépendent de prédispositions individuelles : ce sont l'entérite chronique, la néphrite, la cystite, la bronchite, la fragilité des os, les ruptures musculaires et la nécrose phosphorée qui ne survient qu'après une lésion préalable des mâchoires.

Dans l'état de phosphorisme, qui est d'une persistance extrême toute intervention chirurgicale sur le squelette peut être suivie de complications graves, ou fréquemment de récidive. La thérapeutique de l'affection consiste dans l'élimination du phosphore par l'emploi des agents propres à provoquer l'oxydation du toxique (lait, oxygène, térébenthine, exercice soutenu). Pour éviter les accidents du phosphorisme, il faut obtenir la prohibition légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. OZENNE.

Modifications du sang et de l'urine et lésions anatomiques consécutives à l'empoisonnement chronique par le phosphore, par L. D'AMONE et C. FALCONE (*Arch. de pharmacodynamie*, *I*, *4*).

Ces expériences ont été faites par la méthode des injections sous-cutanées d'huile phosphorée.

Le phosphore à petites doses a une action favorable sur le sang et sur la fonction des globules rouges, tandis que les doses plus fortes diminuent le nombre et la richesse globulaire des hématies. Il n'y a pas de modification qualitative de l'hémoglobine. L'urée baisse d'abord, puis augmente pour baisser de nouveau, l'acide phosphorique de l'urine diminue progressivement.

Anatomiquement, pas de lésions interstitielles (foie, rein), il s'agit surtout de nécrose, atteignant primitivement et d'une façon pour ainsi dire spécifique les épithéliums des tubes urinifères et surtout des tubes contournés et les cellules hépatiques. P. T.

Durch welchen Bestandtheil der lebendiger Zellen wird die Tellursäure redurcit? (Quel est le constituant de la cellule vivante qui réduit l'acide tellurique?), par J.-L. BEYER (*Archiv f. Physiol.*, *p. 225*, *1895*).

L'auteur étudie l'empoisonnement par le tellure et trouve, à l'autopsie, des dépôts de granules noirs et brillants de tellure métallique dans les cellules nerveuses et glandulaires, dans les leucocytes et les muscles striés (tant dans le protoplasme que dans le noyau), mais non dans les cellules endothéliales, les fibres musculaires lisses, les fibres nerveuses ou conjonctives. Les granules sont très inégalement répartis entre les différentes cellules : dans les fibres musculaires striées ils sont localisés

dans la substance biréfringente. De même l'ingestion de sels de sélénium donne lieu à des dépôts granuleux jaunâtres de sélénium élémentaire.

LÉON FREDERICQ.

Sechs Fälle von Nitrobenzol-Vergiftung, par Walther SCHILD (*Berlin. klin. Woch. n° 9, p. 187, 4 mars 1895*).

Relation de 6 cas d'empoisonnement par la nitrobenzine chez 6 jeunes femmes, dont 4 l'avaient prise comme abortif, et deux pour se suicider. Sur les 4 qui avaient ingéré l'essence de mirbane pour se faire avorter, l'avortement est survenu chez 3 dans les 48 heures ; la quatrième, la seule qui n'ait pas vomi, est morte au bout de 6 heures, par œdème pulmonaire. Quant aux deux tentatives de suicide, elles ont été infructueuses.

Les symptômes, plus ou moins prononcés, suivant la gravité des cas, ont été : des étourdissements suivis de vomissements et de perte de la connaissance ; du coma ou du sopor, de la cyanose, un pouls fréquent et très petit, une respiration superficielle avec inspiration brève et expiration prolongée, une température au-dessous de la normale, de l'étroitesse et de l'immobilité des pupilles, de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde (2 cas), de la céphalalgie, de l'ictère, de l'albuminurie (2 cas), de la rétention d'urine ou, au contraire, un besoin continu de miction, l'odeur d'amandes amères dégagée par les matières vomies, l'haleine et les urines.

Le traitement a consisté en lavages stomacaux, respiration artificielle, affusions froides et injections camphrées.

J. B.

Beiträge zur Lehre von der acuten..... (Des empoisonnements aigus et chroniques par le cuivre), par Wilhelm FILEHNE (*Deutsche med. Woch., n° 19, p. 297, 1897*).

L'auteur a eu pour but principal dans ces expériences d'étudier quels dangers présentent, pour la santé publique, les aliments et les boissons renfermant du cuivre. Il a expérimenté les tartrates doubles de cuivre et de soude, de cuivre et de potasse ; ce dernier sel se produit lorsque le suc de raisin, le moût ou le vin se trouvent en contact avec le cuivre, le laiton et les sels de cuivre.

Les vins provenant des vignes sulfatées renferment en moyenne un dixième de milligramme de cuivre par litre, probablement sous la forme de combinaison avec la chlorophyle : cette proportion peut augmenter notablement si les raisins imprégnés de bouillie bordelaise ne sont pas nettoyés avant le pressurage.

En injections intra-veineuses, chez le lapin, la dose mortelle varie de 3 à 5 milligrammes de cuivre employé sous la forme de sel double pour un animal du poids de 1,300 à 1,500 grammes. Les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement, mouvements anormaux, diarrhée, secousses fibrillaires, paralysie, se montrent plus tôt et plus énergiquement à dose égale avec le sel de potasse qu'avec le sel de soude ; ce dernier est donc moins toxique et cela bien qu'il soit plus facilement absorbé.

L'administration par la bouche, soit chez le lapin, soit chez le chien, produit des désordres matériels qui rappellent l'empoisonnement par les métaux lourds, plomb, mercure : altération du sang, dégénérescence graisseuse des cellules du foie, hypertrophie du tissu connectif du foie, tendance à l'ictère, dégénérescence des cellules des canalicules du rein,

stase sanguine dans la zone corticale. Ces altérations sont déjà faciles à reconnaître lorsque la dose administrée permet une survie de 24 heures, mais elles sont surtout faciles à voir chez les animaux qui reçoivent pendant plusieurs semaines des doses assez faibles pour ne pas provoquer le vomissement.

Il faut donc, comme conclusion pratique, éviter de mettre en contact avec le cuivre ou les sels de cuivre les solutions, en particuliers le vin, qui renferment des sels de tartre. Le vin offrant des proportions appréciables de cuivre non masqué doit être rejeté. L'auteur appalle *cuivre masqué* celui qui ne se révèle pas par l'addition d'HCl ou d'H^2S; ce cuivre n'est pas dangereux. H. DE BRINON.

Ueber eine durch bleihaltiges Mehl erzeugte Massenerkrankung, par Hermann STRAUSS (*Berlin. klin. Woch., n° 34, p. 777, 20 août 1894*).

Une quinzaine de cas de colique saturnine survenus par l'usage de pain préparé avec une farine contenant du plomb qui avait servi à boucher les éraillures d'une meule de minotier. Dans les empoisonnements de ce genre signalés jusqu'ici, il s'agissait généralement de plomb en nature ; c'est ce qui constitue l'intérêt du fait actuel, car le meunier, on ne sait trop pourquoi, avait recouru pour ses réparations à de l'acétate de plomb, sel éminemment soluble et, partant, d'autant plus toxique. Le calcul montre que dans une des familles intoxiquées, on avait ingéré ainsi journellement, durant des semaines et peut-être même des mois, dix centigrammes, et dans une autre, cinquante centigrammes d'acétate plombique. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

La sérothérapie, par P. ACHALME (*In-16, Paris, 1895*).

Dans ce livre qui vulgarise avec clarté et précision l'histoire de cette nouvelle méthode thérapeutique, Achalme commence par passer en revue les propriétés vitales du sérum comme agent de résistance de l'individu aux causes extérieures et les différentes interprétations qu'on en a données, pouvoir bactéricide, pouvoir atténuant (Bouchard), pouvoir antitoxique (Behring et Kitasato), pouvoir immunisant (Metchnikoff). Il fait ensuite l'histoire de la sérothérapie dans les maladies expérimentales, puis dans les maladies humaines (tuberculose, rage, fièvre typhoïde, pneumonie, infections streptococciques, choléra, tétanos, diphtérie). Un chapitre plein d'intérêt est consacré à la sérothérapie contre les toxalbumines végétales (Ehrlich) et les venins (Calmette, Phisalix et Bertrand). Puis vient un exposé du manuel opératoire à suivre pour obtenir du sérum immunisant.

L'ouvrage se termine par une étude des caractères de l'immunité due

au sérum et par une discussion de la nature de l'élément actif du sérum (antitoxine ou stimuline). Les conclusions de l'auteur sont toutes favorables aux idées de Metchnikoff : le sérum immunisant n'a pas de pouvoir antitoxique, il agit en stimulant la phagocytose. H. BOURGES.

Bakteriologische über Diphtherie (Remarques bactériologiques sur la diphtérie), par SILBERSCHMIDT (*Münch. med. Woch.*, *n° 9*, *p. 185*, *1895*).

D'après l'examen de 125 cas de diphtérie, l'auteur admet que la présence de rares colonies de *gros* bacilles (c'est là le point important), généralement courts, dans une angine est d'un pronostic favorable ; sans vouloir distinguer s'il s'agît là de bacilles diphtériques atténués, ou de bacilles diphtériformes. Au sujet de la persistance des bacilles diphtériques après le traitement par le sérum, elle peut être constatée plusieurs jours et même plusieurs semaines après l'injection alors que l'enfant est bien portant. Il faut donc s'assurer par les cultures que l'enfant n'a plus de bacilles diphtériques avant de le faire sortir de l'hôpital, et, à la maison, ne faire la désinfection qu'après cette constatation. C. LUZET.

Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtéritique par Ch. MONGOUR (*Journal méd. Bordeaux*, *12 mai 1895*).

Ces modifications sont ainsi résumées par l'auteur : L'hyperazoturie est constante après les injections de sérum antidiphtéritique. Généralement double de ce qu'il était avant le traitement, le chiffre de l'urée dépasse dans tous les cas la normale physiologique et paraît d'autant plus exagéré que la guérison est plus rapide.

Cette hyperexcrétion d'urée, ne pouvant être attribuée soit à une modification thermique, soit à une modification du régime alimentaire, doit être mise sur le compte de la sérothérapie. Elle n'existe que dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection ; le chiffre de l'urée s'abaisse ensuite pour atteindre la normale.

L'inversion de la formule des phosphates et des chlorures paraît être une conséquence de l'infection diphtéritique. Les injections de sérum détruisent cette inversion et ramènent le chiffre des chlorures et celui des phosphates au taux physiologique. OZENNE.

Action physiologique du sérum diphtéritique, par MYA (*Lo Sperimentale*, *11 avril 1895*).

Mya a étudié l'action du sérum de Behring sur des enfants atteints de rougeole, de rachitisme, de malaria, et de catarrhe laryngé. Il n'a observé aucune modification du côté du cœur ni des reins. La température est restée la même, sauf dans les cas où s'est produit un rash scarlatiniforme. Une légère augmentation de la quantité des urines et de la proportion de l'urée a été notée. Le fait le plus saillant est l'augmentation du nombre des globules blancs du sang, et la diminution des globules rouges immédiatement après l'injection du sérum : cette leucocytose est passagère et disparaît au bout quarante-huit heures. Il ne croit pas à l'action hémolytique du sérum, ni aux accidents toxiques possibles.

LUZET.

I. — Die in Halle a. S. während der Zeit..... (Résultats de la sérothérapie à Halle par RISEL (*Deutsche med. Woch.*, *n° 10*, *p. 165*, *1895*).

II. — Erfahrungen über Diphtherie seit der Anwendung von Behring's Heilserum, par Osw. VIERORDT (*Ibid.*, *n° 11*, *p. 169*).

III. — Ein Fall von Augen und Rachendiphtherie..... (Diphtérie oculaire et pharyngée traitée par le sérum de Behring), par J. HOPPE (*Ibid*, *n° 12*, *p. 199*).

IV. — Ueber zwei mit Heilserum..... (Deux cas de diphtérie avec trachéotomie, guéris par le sérum), par JACOBSON (*Ibid.*, *n° 13*, *p. 215*).

V. — Ueber Immunisirung bei Diphtherie, par Axel JOHANNESSEN (*Ibid.*, *n° 13*, *p. 201*).

VI. — Ueber Heilserumtherapie bei Diphtheritis, par Reimbold ALTMANN (*Ibid.*, *n° 14*, *p. 230*).

VII. — Meine Erfolge mit Behring's Diphtherieheilserum, par Johann BOKAI (*Ibid.*, *n° 15*).

I. — La ville de Halle qui compte 110,000 habitants a présenté, du 11 novembre 1894 au 15 janvier 1895, 114 cas de diphtérie qui tous ont été traités par le sérum. Ces 114 cas comprennent tous les cas graves ou légers qui se sont présentés en ville ou à l'hôpital ; dans ce nombre figurent 3 cas désespérés et un certain nombre de cas légers qui auraient guéri sans le sérum, on les a compris dans la statistique bien qu'ils n'aient aucune valeur au point de vue de l'action du sérum.

89 diphtériques traités en ville ont donné 6 morts ; 25 traités à l'hôpital ont donné 3 morts : en tout 9 morts sur 114 cas.

La participation du larynx a été notée 34 fois ; sur ces 34 cas, il y a 7 morts.

II. — La statistique de Vierordt porte sur 75 cas dont 63 contrôlés au point de vue bactériologique. La mortalité, en défalquant les cas désespérés, a été de 8 sur 55 soit 14,6 0/0 et, en comprenant tous les cas, elle s'élève à 25 0/0. Jamais ce chiffre n'avait été atteint à Heidelberg ; la mortalité, de 1889 à 1893, avait toujours oscillé entre 41 et 67 0/0.

L'influence du sérum s'est montrée surtout : 1° par la protection exercée sur le larynx ; sur 24 cas de diphtérie pharyngée, un seul a eu de l'extension au larynx, en 1894, avant le sérum ; sur 23 cas pareils, 9 avaient eu du croup.

2° Par la marche des cas de croup proprement dit : sur 23 cas de sténose laryngée, 9 ont guéri sans trachéotomie après une dyspnée qui a duré plusieurs jours.

3° Par la guérison de cas très graves.

4° Par l'action favorable sur le cœur et la rareté des cas de détresse cardiaque.

L'auteur n'a observé aucune suite grave de l'emploi du sérum ; il n'a pas observé l'action locale sur les fausses membranes et croit exagéré tout ce qui a été dit à ce sujet.

III. — Il s'agit d'un enfant de 2 ans, infecté par sa sœur. La diphtérie avait débuté par l'œil gauche, le pharynx n'avait été pris que consécutivement. Au moment où l'auteur vit le petit malade, l'œil était complétement fermé, la conjonctive bulbaire est uniformément lisse et brillante, elle forme un bourrelet

chémotique autour de la cornée; elle est d'un blanc de porcelaine au voisinage de la cornée, avec teinte grise plus loin ; pas traces de vaisseaux ; la cornée, d'un brillant mat, est recouverte comme d'une couche d'émail; les paupières sont d'une dureté cartilagineuse; en somme, l'état de l'œil pouvait être considéré comme très grave, sinon désespéré. L'enfant reçoit une injection de sérum de Behring, n° 2 ; localement glace et pommade au précipité jaune. Dès le lendemain, amélioration ; on enlève très facilement la fausse membrane qui recouvre la conjonctive palpébrale. 5 jours après, la guérison était confirmée, l'œil ne présentait plus trace de diphtérie. La convalescence, retardée par un catarrhe intestinal, était complète 20 jours après l'injection, la cornée est parfaitement claire ; l'œil droit préservé par un pansement occlusif n'a pas été atteint ; l'examen bactériologique a été fait par Wolffhügel.

IV. — Dans une petite épidémie de maison où l'auteur a eu à soigner 4 cas successifs de diphtérie, l'emploi de la potion à l'iodure de sodium et au salicylate de soude recommandée par Kersch (de Vienne) avait tout d'abord réussi, les deux premiers cas avaient guéri facilement; mais, pour le 3e, après un semblant d'amélioration, le croup éclata avec violence nécessitant la trachéotomie; l'injection de sérum vint à point sauver l'enfant. Dans le 4e cas, aussi grave que le 3e, l'injection de sérum, faite dès le début, amena encore la guérison.

V. — Les essais d'immunisation, entrepris par l'auteur à la clinique infantile de Christiania, n'ont pas donné de résultats probants, ces essais étaient motivés par l'éclosion d'un cas de croup dans les salles de la clinique. Immédiatement après avoir évacué l'enfant, on examina, au point vue bactériologique, les 26 personnes (enfants et gardes), qui occupaient la salle; 3 présentaient des bacilles, bien qu'elles n'eussent aucune trace d'angine. L'une d'elles est atteinte quelques jours après d'angine diphtérique, toutes les 3 sont évacuées ; les autres reçoivent une injection de 0,01 centigramme de sérum Behring, n° 1. Néanmoins 3 cas de diphtérie se déclarent successivement dans la salle 15 jours, 22 jours et 8 semaines après l'immunisation.

VI. — La statistique porte sur 19 cas, dont 2 décès. Les injections ont été faites avec le sérum de Behring à la dose de 600 unités. L'action favorable du médicament sur la marche de la maladie ressort de l'observation minutieuse de cette petite épidémie locale.

VII. — Résultats du traitement par le sérum de Behring, à la clinique de Budapest, du 10 septembre 1894 au 1er janvier 1895 : 120 enfants traités, 31 sont morts, soit 25,5 0/0. Dans le nombre des morts, sont compris 12 enfants qui ont succombé moins de 40 heures après leur admission.

La proportion des guérisons pendant les mêmes mois avait été de :

En 1891	En 1892	En 1893	En 1894
40 0/0	46,5 0/0	32,5 0/0	75,5 0/0

Les recherches bactériologiques ont donné 115 fois le bacille de Lœffler, 5 fois seulement il n'a pu être retrouvé. Aucun accident consécutif au sérum n'a été noté, sauf l'éruption (10 0/0).

Dans les cas d'asphyxie avec danger imminent, l'emploi du sérum n'a pas dispensé de l'intervention (intubation, trachéotomie). L'action du sérum est douteuse dans les cas ou la diphtérie revêt, dès le début, un

caractère septique, elle est inefficace en particulier contre la faiblesse cardiaque résultant d'altérations organiques; la prophylaxie par le sérum est encore douteuse. H. DE BRINON.

I. — Mittheilungen über Diphtherie und das Diphtherie-Heilserum, par HANSEMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 50, p. 1127, 10 décembre 1894*).

II. — Discussion de la Société médicale berlinoise (*Ibidem, 31 décembre 1894 et 14 janvier 1895*).

III. — Zur Serumtherapie der Diphtherie, par Adolf BAGINSKY (*Ibidem, n° 52, p. 1173, 24 décembre 1894*).

IV. — Die Erfolge der Heilserumbehandlung bei Diphtherie. Discussion du Congrès de médecine interne de Münich (*Ibidem, n° 14, p. 313, 1er avril 1895*).

V. — Diphtherie, Croup, Serumtherapie, par Th. ESCHERICH (*Vienne et Leipzig, 1895*).

VI. — Erfahrungen über Serumbehandlung bei Diphtherie, par Wilh. von MURALT (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, 1er mars 1895*).

VII. — Bericht über die Beobachtungen der chirurg. Klinik über die Serumtherapie der Diphtherie, par BLATTNER (*Ibid., p. 141 et 143*).

VIII. — Rapport sur les cas de diphtérie traités à Genève par la sérothérapie..... par A. D'ESPINE (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 4, p.177*).

IX. — Erfahrungen mit dem Behring'sche Heilserum, par HAGENBACH (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte, n° 13, p. 197, 1er juillet 1895*).

X. — Zur Casuistik der Heilserum-Exanthem, par J. ASCH (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1152, 17 décembre 1894*).

XI. — Zur Diphtherieserumbehandlung, par E. HAGENBACH (*Corresp.-Blatt für schw. Aerzte, n° 1, p. 23, 1er janvier 1895*).

XII. — Beitrag zu den Nachkrankheiten nach Injectionen von Diphtherie-Heilserum....., par KAUPE (*Berlin. klin. Woch., n° 10, p. 209, 11 mars 1895*).

XIII. — Ueber die Albuminurie nach Injectionen des Behring'schen Heilserums, par SIEGERT (*Ibid., n° 15, p. 334, 15 avril 1895*)

XIV. — Rapport au Conseil supérieur d'hygiène de Belgique sur la sérothérapie, (*Mouv. hygiénique, X, n° 12, p. 542*).

I. — H. n'admet pas que le sérum curatif soit un médicament spécifique de la diphtérie; il n'est pas toujours inoffensif, car il altère le sang et lèse les reins.

II. — Le travail de Hansemann a soulevé une importante discussion à la Société médicale berlinoise; tandis qu'une faible minorité, composée de Gottstein (*R. S. M.*, XLVI, 101) de Scheinmann et de Liebreich se ralliait à ses conclusions théoriques négatives, Bergmann, Virchow, Max Wolff, Benda, Kœrte, A. Baginsky, Hahn, Aronson, etc. ont défendu le rôle étiologique spécifique du bacille de Lœffler; les autres les avantages de la sérothérapie (*R. S. M.*, XLVI, 93 et 102).

III. — Le sérum antidiphtéritique donne de moins bons résultats chez les enfants au-dessus de 10 ans, que chez ceux qui sont plus jeunes. La coexistence assez fréquente de la tuberculose miliaire chez les enfants

morts de diphtérie a frappé Baginsky bien avant la sérothérapie. Le traitement par le sérum ne lèse certainement pas les reins, mais son innocuité est moins sûre en ce qui concerne le cœur, quoique le microscope ne révèle aucune différence dans l'état du myocarde chez les diphtéritiques qui ont succombé à des troubles cardiaques avec ou sans la médication.

Selon son degré de virulence, le bacille de Lœffler produit dans la gorge des altérations variant de la pharyngite catarrhale simple au phlegmon et à la mortification de la muqueuse; Baginsky cite à l'appui le fait suivant: 5 enfants d'une même famille sont atteints. Le premier meurt sans avoir reçu de soins médicaux, 3 autres sont amenés à l'hôpital, deux ayant le croup et le troisième une angine diphtéritique, tous 3 présentent les bacilles de Lœffler. Le cinquième enfin est admis pour une angine phlegmoneuse, sans trace d'enduit et cependant chez lui on trouve le bacille diphtéritique en culture presque pure (*R. S. M.*, XLVI, 98).

IV. — D'après *Heubner*, chez les diphtéritiques non traités par le sérum, la fièvre, après être tombée rapidement dans les 3 premiers jours, reparaît ensuite et ne diminue que lentement. La sérothérapie supprime cette exacerbation secondaire de la température. Sous son influence, le décollement des membranes s'effectue plus rapidement et l'affection ne gagne pas le larynx, s'il est encore libre et raccourcit des deux tiers la durée du tubage nécessaire en cas de croup. Le sérum ne détermine pas d'albuminurie. Heubner n'a jamais vu d'accidents graves, mais un sixième de ses malades traités par les injections ont offert des éruptions angio-névrotiques, quelques-uns avec fièvre et douleurs articulaires. Il a pratiqué 64 fois des injections préventives; 2 de ces enfants ont été atteints de diphtérie, 6 semaines plus tard, et l'un en est mort.

Baginsky célèbre aussi les succès du tubage depuis la sérothérapie. La mort par le cœur est devenue moins fréquente (sur ce point, Baginsky a changé d'opinion. Voy. III). La présence d'acide phénique dans le sérum n'a aucune importance; on ne retrouve jamais de phénol dans l'urine.

Von Wiederhœfer, toujours très satisfait du nouveau traitement (*R. S. M.*, XLVI, 103) recommande de tenir les diphtéritiques dans une atmosphère rendue humide, ayant remarqué que l'atmosphère sèche favorise le développement des broncho-pneumonies.

Von Ranke a été également frappé des meilleurs résultats du tubage depuis les injections de sérum.

Grawitz a injecté du sérum sanguin dans les veines de lapins et de chiens; il a noté consécutivement une dilution du sang par attraction de l'eau des tissus et de la lymphe et une augmentation correspondante de la sécrétion rénale. Les injections sous-cutanées de sérum ont agi d'une façon identique mais plus lente. En examinant le sang des diphtéritiques traités les uns avec, les autres sans le sérum, il a constaté la même hydrémie, qui au bout de 10 ou 12 heures est remplacée par une diminution, temporaire aussi, de la proportion d'eau du sang.

Seitz n'admet pas que les injections de sérum aient des effets fâcheux sur les organes des diphtéritiques, ni sur les maladies (tuberculose,

coqueluche, ostéites suppurées, lésions cardiaques) qui peuvent coexister chez eux; seules, les éruptions ont augmenté beaucoup de fréquence.

Rehn ne croit pas qu'on soit autorisé à faire des inoculations préventives de sérum, à cause de l'incertitude de la dose nécessaire, des dangers possibles et surtout de leur inutilité, si la sérothérapie constitue réellement le traitement spécifique de la diphtérie.

Rauchfuss est partisan de la sérothérapie. Il lui a paru que les myocardites étaient plus nombreuses depuis la nouvelle médication, mais cela tient peut-être à ce qu'elle accroît le nombre des diphtéritiques restés vivants.

V. — A la clinique de Graetz, Escherich a traité par le sérum antidiphtérique 51 enfants avec une mortalité de 9,5 0/0 qui se réduit à 3,8 en défalquant les 3 malades moribonds. Les injections exercent leur action surtout sur le processus local (rapide élimination des membranes et obstacle à leur extension) et beaucoup moins sur les phénomènes toxiques. Les formes localisées de la diphtérie pharyngée guérissent aussi bien par les traitements ordinaires; les formes septiques dues à une infection mixte ne sont curables par le sérum que dans les cas légers. En revanche les formes progressives (extension au larynx, etc.) donnent avec le sérum une mortalité inférieure de près de 100 0/0 à ce qu'elle était avec les anciennes médications. En outre, la sérothérapie appliquée précocement peut souvent empêcher le passage de la forme localisée à la progressive ou à la septique. A côté du sérum, Escherich se sert comme topique de sublimé au millième pour aider à la destruction des bacilles subsistant après la disparition des membranes. La sérothérapie diminue surtout la mortalité de la diphtérie dans les 4 premières années de la vie, où les formes septiques sont rares. Escherich n'a noté d'autres effets fâcheux du sérum que des exanthèmes à grosses taches dans 3 cas, dont 1 fois avec fièvre et arthralgies. Ce nouveau traitement n'empêche pas les paralysies post-diphtéritiques, mais peut-être les atténue-t-il.

VI. — A l'hôpital des Enfants de Zurich, W. von Muralt a traité par le sérum 58 diphtéritiques dont 2 ont succombé. Au point de vue bactériologique, 4 cas seulement étaient des diphtéries pures, 38 des infections mixtes avec streptocoques, 16 des infections avec staphylocoques et autres micrococques. 11 de ces enfants durent être tubés dès l'entrée et 3 bientôt après, 2 furent trachéotomisés immédiatement et 4 quelques heures après le tubage. Les 13 exanthèmes se sont produits dans un laps de temps variable d'une demi-heure à 11 jours après les injections : 11 urticulaires, 1 éruption morbilliforme et 1 herpès du menton. Muralt a employé conjointement son traitement habituel : aération profuse de jour et de nuit, vaporisations d'eau continues, expectorants, alcool, etc. La mortalité moyenne de la diphtérie dans l'établissement était, de 1874 à 1891, de 43,8 0/0; les 71 cas traités en 1894 avant la sérothérapie avaient fourni 17 décès.

Une enfant avait, le 9 décembre, des fausses membranes ne contenant que des streptocoques et quelques bacilles trapus dits pseudo-diphtéritiques; 11 jours plus tard, lorsque la gorge était entièrement libre d'enduits, on trouva dans les mucosités pharyngiennes le bacille de Lœffler en abondance. Un petit garçon injecté préventivement le 28 décembre, fut

pris, 18 jours plus tard, à domicile, d'une diphtérie bénigne. Une fillette qui le 25 décembre avait un peu de rougeur du pharynx, sans douleurs ni fièvre mais avec bacilles de Lœffler n'eut d'enduits que le 4 janvier avec un peu de fièvre.

VII. — A la clinique chirurgicale de Zurich, du 28 novembre 1894 au 25 janvier 1894, les 38 diphtéritiques admis ont été soumis à la sérothérapie; dans le nombre se trouvaient 5 adultes atteints d'angine diphtéritique. Sur l'ensemble des cas, 4 étaient de la diphtérie pure ou à peu près, 23 étaient de la diphtérie compliquée de streptocoques, 11 cas offraient simultanément les bacilles de Lœffler, d'autres bacilles, des streptocoques peu abondants, des staphylocoques, des microcoques, des diplocoques et d'autres coques. Les cas d'infection mixte avec streptocoques étaient presque tous très graves et quelques-uns compliqués de septicémie.

Les cas des 33 enfants se décomposaient en 8 diphtéries pharyngées, 7 diphtéries naso-pharyngées, 2 diphtéries laryngées, 7 pharyngo-laryngées et 9 naso-pharyngo-laryngées. Des 38 malades, 3 sont entrés le premier jour de leur maladie, 9 le deuxième, 8 le troisième, 8 le quatrième, 7 le cinquième, etc., 7 des diphtéries du larynx ont dû être opérées: 1 tubée, 2 trachéotomisées et 4 tubées puis trachéotomisées. Le résultat général a été 29 guérisons (76,4 0/0) et 9 morts (23,6). La mortalité diphtéritique du service pendant l'année 1894, avant l'introduction de la sérothérapie, avait été de 37,57 0/0.

Les 9 autopsies ont révélé l'une, une généralisation de la diphtérie jusque dans les plus fines ramifications bronchiques, 6 autres des lésions pulmonaires graves. Enfin les 2 derniers décès concernent des septicémies; les 2 malades ont succombé l'un le dixième, l'autre le treizième jour des injections. Un seul malade a présenté une éruption, consistant en une urticaire apyrétique survenue 11 jours après l'injection, 9 ont eu une albuminurie d'ordinaire peu intense. Un enfant de 3 ans a eu le dixième jour après l'injection, de l'anurie, du douzième au quatorzième un peu d'albuminurie et à partir du dix-septième une sialorrhée qui n'a diminué qu'au bout d'une semaine. 5 ont eu des paralysies du pharynx et 2 des paralysies de l'accommodation. Un malade avait encore de nombreux bacilles virulents 11 jours après l'injection et un autre au bout de 27 jours.

Dans la discussion à la Société des médecins de Zurich, *Silberschmidt* rend compte des examens bactériologiques qu'il a pratiqués de la fin d'octobre 1894 jusqu'au milieu de janvier 1895 à l'Institut d'hygiène sur 125 cas d'angine membraneuse. Il a trouvé dans 91 le bacille de Lœffler qui, 90 fois, était accompagné d'autres microorganismes: streptocoques (longs ou courts) et diplocoques presque constants, microcoques et staphylocoques fréquents. Aucun des cas sans bacille de Lœffler n'a été grave. Chez 12 enfants il a trouvé des bacilles trapus dits bacilles courts de Roux ou bacilles pseudodiphtéritiques; une partie seulement d'entr'eux présentèrent des enduits et chez tous l'affection a été bénigne. Silberschmidt a constaté la conservation de la virulence des bacilles de Lœffler 7, 15, 21 et même une fois 31 et 32 jours après les injections de sérum.

Leuch, médecin municipal de la ville de Zurich, annonce que depuis le

le commencement de décembre dernier il a été chargé, par le Bureau d'hygiène, de pratiquer des injections de sérum prophylactiques dans toutes les familles infectées qui le désirent; l'opération, gratuite pour les indigents, coûte 3 francs aux autres personnes. Sur les 41 individus traités ainsi préventivement, un enfant de 2 ans a été atteint de diphtérie 28 jours plus tard. Leuch ajoute que l'influence favorable de la sérothérapie ne se traduit pas encore nettement par un abaissement de la mortalité diphtéritique dans la ville de Zurich : cette mortalité était de 17,4 0/0 en 1893; de 19,8 dans les 3 premiers trimestres de 1894 et elle a été de 17,1 0/0 dans le dernier trimestre, c'est-à-dire depuis l'emploi du sérum.

VIII. — Le nombre des cas de diphtérie avérée traités à Genève par le sérum, s'élève à 60; savoir : 40 dans les hôpitaux avec 6 décès, 20 dans la clientèle privée avec 0 décès, soit une mortalité de 10 0/0. Deux des décès se rapportent à des enfants atteints de paralysie diphtéritique lorsqu'ils ont été injectés; l'un a succombé le dix-huitième, l'autre le trentre-quatrième jour de la maladie. Dans 2 cas d'angines à streptocoques, les fausses membranes ont persisté une huitaine, malgré les inoculations de sérum anti-diphtéritique. Le fait local le plus saillant du nouveau traitement est la production d'un catarrhe muqueux expulsif à la surface duquel flottent les fausses membranes. D'Espine a retrouvé les bacilles virulents de Lœffler, dans le mucus du pharynx, au bout de 15, 24, 29 jours et même de 2 mois; mais, dans ce dernier cas, les bacilles avaient pris la forme trapue moins virulente. 16 des malades traités par le sérum ont eu des éruptions dont la plus tardive s'est manifestée le vingt-troisième jour après l'injection. D'Espine a observé 2 cas d'hypothermie avec un peu de dépression chez des enfants de 2 ans qui ont reçu un flacon n° 1 de Behring; c'est sans doute l'acide phénique qui en était la cause. Le sérum n'est pas responsable de l'albuminurie. Aucun des 19 cas où il y avait association de streptocoques avec le bacille de Lœffler n'appartenait à la forme septique.

D'Espine rappelle que, le premier, dès 1886 (*R. S. M.*, XXX, 219 et XXXVI, 68) il a préconisé le diagnostic de la diphtérie par l'examen bactériologique des fausses membranes.

IX. — A l'hôpital des Enfants de Bâle, Hagenbach a traité par les injections de sérum 33 cas de diphtérie vérifiée bactériologiquement; 8 malades ont succombé, soit une mortalité de 24 0/0, 15 seulement ont pu être inoculés avant le quatrième jour de la maladie. Sur les 33, 22 ont dû être opérés et 16 d'entre eux ont guéri, soit une mortalité de 27 0/0 plus favorable que celle (40,8 0/0) obtenue pour les trachéotomies dans le même hôpital de 1873 à 1894. Depuis la sérothérapie, le tubage peut être tenté dans tous les croups avant d'en venir à la trachéotomie.

Dans la discussion de la Société médicale de Bâle, *Egger* annonce que pour les 157 diphtéritiques soignés par la policlinique de 1891 jusqu'au début de la sérothérapie (milieu de novembre 1894), la mortalité a été de 12,1 0/0 dont 2,6 dans la ville et 9,5 pour les malades hospitalisés. D'autre part, pour les 81 diphtéritiques soumis depuis lors aux injections de sérum, la mortalité a été de 13,6 0/0 dont 3,7 dans la ville et 9,9 dans les hôpitaux. Durant cette période de 4 mois et demi, la sérothérapie em-

ployée dans les hôpitaux n'a donc pas encore modifié la mortalité générale de la diphtérie, dans la population bâloise.

X. — Asch relate l'observation d'un enfant de 27 mois, qui ayant reçu, en 2 fois, 15 centimètres cubes de sérum nº 1 de Behring, présenta les accidents suivants : d'abord, le surlendemain de la deuxième injection, de l'urticaire au niveau des membres injectés, suivie d'érythème scarlatiniforme aux bras, à la face et au cou; puis, 13 jours plus tard, un exanthème protéiforme accompagné de fièvre et de douleur avec gonflement du cou-de-pied.

XI. — Fillette atteinte d'angine diphtéritique grave avec bacilles de Lœffler et coques, adénites et albuminurie. 3 jours après l'injection de 10 grammes de sérum de Behring, nº 1, pétéchies débutant par le cou et envahissant tout le corps; puis vomissements incoercibles et mort dans le collapsus 3 jours plus tard. Autopsie : anémie de la peau et des viscères; ecchymoses sous l'endocarde du cône artériel gauche. Dégénération graisseuse intense de tout le myocarde; œdème du poumon droit; hypertrophie et suppuration partielle des amydales; les piliers postérieurs offrent des ulcérations déchiquetées, ayant jusqu'à la dimension de haricots, et s'étendant jusqu'au voile palatin; érosion superficielle de la corde vocale droite, dégénérescence graisseuse des muscles du pharynx; néphrite parenchymateuse avec métamorphose graisseuse intense de l'épithélium de nombreux tubes flexueux et de quelques tubes droits; trouble albumineux de l'épithélium restant; certains canalicules renferment du pigment jaune brunâtre, en grains ou en blocs; cylindres hyalins dans les tubes collecteurs. Gastro-entérite hémorragique, hémorragies ponctuées dans la muqueuse stomacale; immédiatement au-dessous du cardia, 3 pertes de substances déchiquetées, superficielles, grosses comme des haricots. Pointillé hémorragique de quelques plaques de Peyer et de la muqueuse du gros intestin. Tuméfaction universelle de la muqueuse digestive. Le côlon descendant contient un caillot épais comme un crayon et long de 3 centimètres.

XII. — Fillette de 5 ans, trachéotomisée pour croup. Après l'opération, injection du sérum nº 2 de Behring. Dans la nuit du huitième au neuvième jour suivant, urticaire qui se généralise. Le onzième jour, il n'existait plus d'éruption ni de fièvre. Le treizième, au matin, la fièvre reparaît, augmente rapidement; œdème des quatre membres et de la face avec sensibilité de la plante des pieds et élancements dans les muscles fémoraux. Le lendemain, la distension des téguments est telle qu'ils paraissent devoir se rompre, fièvre moindre. A partir du seizième jour, la tension de la peau a beaucoup diminué, en même temps que se produisaient des sueurs à odeur cadavérique. Le dix-septième jour, il reste peu d'œdème; prurit et, par intervalles, douleurs dans le rectum, avec diarrhée fréquente et sensibilité de la région ombilicale (la malade était encore à la diète); vers le soir, vomissements bilieux répétés. Le vingtième jour, cessation de tous les accidents. Les urines, examinées jour par jour, sont toujours restées normales.

XIII. — Dans le but d'élucider la question de l'albuminurie chez les diphtéritiques soumis à la sérothérapie, Siegert a expérimenté sur des chiens et des lapins, ayant les reins sains ou au contraire irrités inflammatoirement. L'injection sous-cutanée du sérum curatif provoque, déjà quand le rein est sain, mais surtout quand il est enflammé, de l'albuminurie avec diminution de la quantité des urines et accroissement de leur poids spécifique. L'injection sous-cutanée de 0,05 d'acide phénique ne détermine pas d'albuminurie mais amène de la diurèse avec diminution de la densité des urines. L'injection préalable de 0,05 d'acide phénique affaiblit considérablement ou empêche l'action de l'injection de sérum

curatif pratiquée 1 ou 2 jours après. Les lapins sains supportent l'injection intraveineuse de 10 centimètres cubes de sérum n° 2 de Behring; l'effet en est le même qu'en injection sous-cutanée. L'injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum équin défibriné et centrifugé tue le lapin sain en 2 à 4 jours; les modifications urinaires sont les mêmes qu'avec l'injection de sérum curatif. L'injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de cheval additionné de 0,05 d'acide phénique produit des troubles identiques de la sécrétion urinaire, mais les animaux ne meurent pas.

XIV. — Le Conseil supérieur d'hygiène de Belgique a émis l'avis suivant : Il n'y a pas lieu, pour le moment, de créer un Institut de l'État chargé de préparer et de distribuer aux médecins du pays le sérum antidiphtéritique. J. B.

I. — **La seroterapia antidifteritica....., par SANTUCCI et MUCCI** (*Lo Sperimentale, sezione clin., n° 5, p. 81, 1895*).

II. — **Sugli inconvenienti della sieroterapia antidifteric, par MYA** (*Ibidem, n° 6, p. 104, 1895*).

III. — **Sull' azione fisiologica del siero....., par le même** (*Ibidem, n° 11, p. 208, 1895*).

IV. — **Secondo resoconto statistico...... (Second résumé statistique des cas de diphtérie traités par la sérumthérapie), par GIARRÈ** (*Ibidem, n° 12, p. 226, 1895*).

V. — **Ueber die Serumbehandlung bei Diphtherie, par SCHRÖDER** (*Münch. med. Woch., n°s 14 et 15, p. 327 à 351, 1895*)

I. — Sur 13 cas, traités avec le sérum, il y a une mortalité de 23 0/0; sur 7 non injectés, une mortalité de 57 0/0. On peut donc émettre une parole en faveur de la sérumthérapie.

II. — Les dangers de la sérumthérapie ont été exagérés, dit Mya; sur 50 cas, il a observé 4 fois un érythème scarlatiniforme, parmi lesquels 1 cas ressemblait tellement à la scarlatine, qu'il a cru devoir isoler le malade. Deux fois, il a vu une urticaire passagère. Mais ce ne sont pas des inconvénients propres à la seule sérumthérapie. Il n'y a même pas de rapport entre les doses employées et la manifestation cutanée. Quant à l'albuminurie, il est douteux encore si elle doit être attribuée aux injections de sérum ou à la diphtérie elle-même; il faut des statistiques à ce sujet.

III. — Le sérum antidiphtérique, injecté à des doses de 20 à 53 centimètres cubes, n'influe pas sur les conditions de l'appareil circulatoire. Dans 1 seul cas (sur 4), il y eut augmentation thermique, accompagnée d'un érythème scarlatiniforme. L'urine augmente un peu de quantité. Le sang est plus modifié : dans tous les cas, il y a eu augmentation des globules blancs et diminution des rouges immédiatement après l'injection; ce sont des phénomènes passagers qui durent au plus vingt-quatre à quarante-huit heures et ne s'accompagnent d'aucune modification des constituants chromatiques de l'urine. Cette modification du sang serait due à une dilution des globules rouges par afflux de lymphe : tout se résumerait donc en une action lymphagogue.

IV. — Relevons dans ce travail la remarque suivante : Dans le premier

trimestre de 1895, l'auteur a eu dans le croup, traité par le sérum de Behring, 61,53 0/0 de morts, au lieu de 26,66 dans le dernier trimestre de 1894. Il pense que les derniers échantillons du sérum mis dans le commerce ne possédaient plus le pouvoir antitoxique annoncé au début; et qu'il faut également tenir compte de l'influence pernicieuse de l'hiver, où la mortalité augmente d'après toutes les statistiques.

V. — La statistique de Schröder est la suivante :

Au-dessous de 2 ans............	6 injectés.	3 morts.
De 2 à 10 ans..................	52 —	4 —
Au-dessus de 10 ans............	5 —	1 —
Total..................	63	8

Ont été trachéotomisés :

Au-dessous de 2 ans............	6 injectés.	3 morts.
De 2 à 10 ans..................	25 —	0 —
Total..................	31	3

Relevons le cas d'un enfant qui fut injecté à l'occasion d'une angine scarlatineuse et où on ne trouva pas de bacille diphtérique. Cet enfant fut pris quarante jours après de sténose laryngée croupale et guérit après injection d'une seconde dose de sérum. Ce fait mettrait en doute la valeur prophylactique des injections d'antitoxine diphtérique.

C. LUZET.

The treatment of tuberculosis by injections of immunized blood serum, par Paul PAQUIN (*Journ. of the Americ. med. Ass., 1er juin 1895*).

Note succincte, sur un certain nombre de malades traités par P., par des injections de sérum immunisé de cheval. CART.

De l'ichtyol dans le traitement de la tuberculose, par SCARPA (*Gaz. degli osped., 16 mars 1895*).

Scarpa a traité 150 phtisiques avec une solution d'ichtyol (1/3 d'ichtyol pour 2/3 de véhicule). Les malades, suivant les cas, en prenaient par jour de 20 à 200 gouttes. Le remède est toujours bien supporté par l'estomac. Sur ces 150 malades, 23 moururent, 17 furent complètement guéris, 50 sensiblement améliorés, 32 légèrement améliorés, sur 28, le traitement resta sans effet.

Les bons résultats de l'ichtyol se traduisent d'abord par la diminution de la toux, de l'expectoration et de la dyspnée, et secondairement, par le retour de l'embonpoint et de l'appétit.

L'auteur le préfère au gaïacol, dont il offre une partie des propriétés.

H. R.

I. — Étude expérimentale sur le traitement de la granulie par les badigeonnages de gaïacol, par BUGNION et BERDEZ (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 3, p. 125, mars 1895*).

II. — Discussion de la Société vaudoise de médecine (*Ibidem, n° 4, p. 223, avril 1895*).

III. — Guérison d'un cas de tuberculose miliaire du poumon par le traitement externe au gaïacol, par DE CÉRENVILLE (*Ibidem, p. 222*).

I et II. — D'expériences sur des lapins, entreprises suivant le procédé de Borrel (*R. S. M.*, XLIII, 63), Bugnion et Berdez concluent :

Les badigeonnages de gaïacol abaissent la température chez le lapin comme chez l'homme. Chez le lapin, comme chez l'homme, le gaïacol est résorbé par la peau et se retrouve dans l'urine. Chez le lapin, les badigeonnages de gaïacol n'ont aucune influence sur la marche de la tuberculose aiguë.

III. — Jeune fille de 17 ans, présentant tous les signes d'une poussée miliaire généralisée dans les deux poumons et un foyer d'agglomération au sommet, avec état typhoïde et hautes températures. Après chaque badigeonnage de gaïacol fait sur le dos des mains, on observa une défervescence régulière et, dès le 8e jour, une amélioration sensible, qui fut suivie, à partir du 13e jour, d'une disparition des signes stéthoscopiques, d'une apyrexie complète et d'une augmentation très rapide du poids du corps ; guérison complète.

Les doses employées ont varié de 1gr,25 à 6 grammes ; la première est insuffisante, la seconde est exagérée et produit du collapsus avec sueurs profuses. La dose de 2gr,50 paraît devoir mériter la préférence (*R. S. M.*, XLIII, 100, 102, 103, 487; XLIV, 129, 259, 479, 480; XLV, 100 et 513). J. B.

Erfahrungen aus der Praxis...... [(Observations cliniques sur l'emploi de la tuberculine de Koch), par Paul KRAUSE (*Deutsche med. Woch., nos 6, 7 et 8, 1895*).

L'auteur a traité quinze phtisiques par les injections de tuberculine. Les malades ne commençaient leur cure que s'ils étaient complètement apyrétiques. Les malades fébriles subissaient un traitement préparatoire par les inhalations d'éther camphré, par l'ipéca et l'iodure de potassium, et ne commençaient les injections que lorsqu'ils étaient débarrassés, depuis plusieurs jours, de la fièvre : tout mouvement fébrile chez un phtisique, est dû à une infection associée et le traitement par la tuberculine n'a de chance de réussir que lorsqu'il porte sur une infection tuberculeuse pure. Les doses commencent par un milligramme pour atteindre progressivement la dose finale de 100 milligrammes. Tant que l'injection provoque une réaction fébrile, on renouvelle la même dose ; la cure dure plusieurs semaines. Après, les malades doivent, tous les mois, subir une injection d'épreuve dont les résultats indiquent s'il y a lieu de faire une nouvelle cure.

Les observations de Krause montrent que ce traitement a une efficacité réelle ; les phénomènes locaux et généraux s'amendent rapidement, l'appétit revient souvent avec une intensité extraordinaire ; les malades augmentent de poids ; la toux et l'expectoration disparaissent ; les phénomènes stéthoscopiques se modifient profondément ; enfin les injections permettent de déceler la tuberculose dans des cas où aucun signe matériel ne l'indique, expérience pleinement confirmée, d'ailleurs, par les vétérinaires. H. DE BRINON.

Treatment of malignant tumors with the toxins of the erysipelas streptococcus and the bacillus prodigiosus, par John B. ROBERTS (*Med. News, p. 606, 1er juin 1895*).

Roberts a employé, contre des tumeurs malignes inopérables, l'injection de toxines de streptocoque et de bacillus prodigiosus, selon la technique de Coley :

Trois malades ont été ainsi traités. Le premier, homme de 45 ans, atteint d'épithéliome de la lèvre et de la joue depuis deux ans, reçut en huit jours, douze injections; il succomba trois semaines après, sans qu'aucune modification heureuse ait pu être appréciée dans l'état local. La mort paraît avoir été hâtée par la dépression due à l'injection de toxines.

Le second malade, amputé pour un sarcome du talon, présentait une récidive dans les ganglions de l'aine et du bassin : l'injection détermina des accidents inflammatoires dans ces ganglions, avec fièvre, sans aucun résultat favorable.

Enfin, le troisième malade, un garçon de 19 ans, atteint d'ostéo-sarcome de l'os iliaque, reçut huit injections en quatre semaines : il y eut la réaction générale habituelle, fièvre, diarrhée, etc., mais la tumeur ne fut nullement influencée, et continua régulièrement à s'accroître. MAUBRAC.

Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses..... (Recherches cliniques sur la guérison du cancer à l'aide du sérum du cancer (sérum érysipélateux), par Rudolf EMMERICH et Hermann SCHOLL (*Deutsche med. Woch., n° 17, 1895*).

S'appuyant sur les observations de Coley et sur leurs expérimentations sur les animaux, Emmerich et Scholl ont appliqué au traitement du cancer, les injections de sérum érysipelateux. Ce sérum provient du sang de moutons inoculés avec des cultures pures d'érysipèle, il est débarassé de ses streptocoques à l'aide du filtre Chamberland et injecté dans les tumeurs cancéreuses à des doses variant de 1 centimètre cube à 10 et 20 centimètres cubes. Les observations sont au nombre de 5. Elles montrent que le traitement n'est pas douloureux et provoque rarement des phénomènes généraux; la température la plus haute a été 39°, elle a été passagère. L'injection détermine une rougeur érysipélateuse (érysipèle aseptique). En 7 à 8 jours, les noyaux cancéreux et les glandes fondent et disparaissent entièrement.

Dans certains cas, il s'est formé du pus qui a dû être évacué avec le bistouri ou une ulcération tendant vers la guérison. Les observations sont trop récentes et trop peu nombreuses pour pouvoir conclure.

H. DE BRINON.

The treatment of malignant tumors by the toxins of the streptococcus of erysipelas, par SENN (*Journal of the Amer. med. Ass., 27 juillet 1895*).

S. n'a obtenu aucun résultat encourageant de ce traitement qui, selon lui, ne tardera pas à tomber dans l'oubli. CART.

The antagonism between citric acid and cancroid cells, par FENN (*Journ. of the Amer. med. Ass., 27 avril 1895*).

F. donne ici les observations de quelques-uns des cas de néoplasmes de la face, de la lèvre et du nez qu'il eut l'occasion de traiter par des in-

jections d'acide citrique en solution concentrée et dont il dit avoir obtenu non seulement la diminution, mais parfois même la disparition. Ces injections sont pratiquées tout autour des néoplasmes dont elles auraient tout d'abord l'avantage de fixer nettement les délimitations, de sorte que dans les cas où l'intervention serait quand même jugée utile, les chirurgiens auraient sous les yeux la démarcation véritable entre les tissus néoformés et le tissu normal sur lequel l'acide citrique serait sans action.

CART.

Erysipelas toxins and erysipelas serum in the treatment of inoperable malignant tumors, par COLEY (*Med. Record, 18 mai 1895*).

C. a modifié son mode de traitement des tumeurs malignes inopérables en ce sens qu'il n'injecte plus directement la toxine érysipélateuse, mais qu'il soumet préalablement un cheval à son action pour se servir ensuite du sérum sanguin de l'animal immunisé. Il estime pouvoir ainsi modifier heureusement non seulement des sarcomes mais aussi des épithéliomes et donne ici les relations d'un certain nombre de cas trop récents toutefois pour qu'il en puisse tirer des conclusions fermes en faveur de la méthode. CART.

Injections d'huile phosphorée et d'arséniate de soude dans un carcinome du sein inopérable, par G. NEPVEU (*Soc. de biol., 4 mai 1895*).

Les injections d'huile phosphorée (1 centimètre cube) et d'arséniate de soude à 1 0/0 ne peuvent agir que sur de petites nodosités. Le chlorure d'or et le nitrate d'argent n'eurent pas d'effet appréciable. La malade mourut subitement d'embolie. DASTRE.

I. — Sérothérapie et cancers, par FABRE-DOMERGUE (*Soc. de biologie, 18 mai 1895*).

II. — A propos de la sérothérapie du cancer, par Ch. RICHET (*Ibidem, 25 mai 1895*).

III. — A propos de la sérothérapie du cancer, par FABRE-DOMERGUE (*Ibidem, 1er juin 1895*).

I. — Le cancer n'est pas contagieux ; il est tout au plus transmissible par greffe. Il est illogique d'appliquer à une néoplasie le principe qui convient à une affection microbienne, c'est au moins purement empirique. On croit guérir un fibro-sarcome ou une tumeur indéterminée avec du suc d'ostéo-sarcome (Richet et Héricourt), un sarcome et des tumeurs du sein par des cultures d'érysipélocoques (Emmerich et Scholl), des carcinomes et des sarcomes avec ces cultures additionnées de toxines de b. prodigiosus (Coley). Il s'agit probablement d'une influence modificatrice des liquides injectés, soit sur les éléments cellulaires nécrosés et résorbés, soit sur les globules blancs (chimiotaxie positive ou négative). Il s'agit donc ici d'une régression apparente et non d'une guérison sérothérapique.

II. — Il ne s'agit point d'injections faites dans la tumeur même, mais à distance, ce qui détruit l'argumentation précédente.

III. — F. D. fait observer que les injections ont été faites à *distance faible*, ce qui laisse subsister son interprétation. DASTRE.

I. — Einige kritische Bemerkungen zur Krebsheilserumtherapie, par Walther PETERSEN (*Deutsche med. Woch.*, *n° 20*, *p. 314*, *1895*).

II. — Zur Krebsbehandlung mit Erysipelserum (Traitement du cancer par le sérum érysipélateux), par P. BRUNS (*Ibid.*, *n° 20*, *p. 313*, *1895*).

III. — Zur Behandlung des Krebses mit Krebserum, par FREYMUTH (*Ibid.*, *n° 21. p. 333*, *1895*).

IV. — Kritish der Versuche des Hern Prof. Bruns über die Wirkung des Krebserums, par Rudolf EMMERICH et Hermann SCHOLL (*Ibid.*, *n° 22*, *p. 358*, *1895*).

I. — La précipitation avec laquelle Emmerich et Scholl ont publié leurs observations sous le titre pompeux de sérothérapie curative du cancer, est absolument blâmable au point de vue scientifique. Rien n'autorisait ces auteurs, ni dans leurs recherches bibliographiques, ni dans leurs expériences trop peu nombreuses et trop incomplètes, à affirmer qu'ils venaient de découvrir le spécifique du cancer. Cette affirmation ne peut avoir d'autre résultat que de discréditer la sérothérapie et de détourner les malades de l'intervention chirurgicale hâtive qui reste leur seule planche de salut.

II. — L'auteur a expérimenté le sérum érysipélateux fourni par Emmerich sur 6 malades : 4 sarcomes, 1 carcinome, 1 lymphome malin. Dans aucun des cas, il n'y a eu diminution ou arrêt de développement de la tumeur. Trois fois, les injections ont été suivies de phénomènes graves, de dyspnée avec tachycardie. Dans tous les cas, il y a eu de la fièvre sous l'influence des doses fortes et, dans 1 cas, cette fièvre a duré huit jours après la cessation du traitement et s'est accompagnée de douleurs articulaires intenses. Ces accidents sont dus à ce que le sérum, stérilisé par le froid, n'est pas parfaitement aseptique ; au bout de quelques jours, il se trouble et présente des flocons qui renferment de nombreux coccus.

III. — L'auteur avait reçu, au mois d'octobre dernier, 3 flacons de sérum d'Emmerich et Scholl. Le premier fut essayé immédiatement sur un malade cachectique qui succomba dès les premières piqûres.

Au 26 mars seulement, l'auteur eut l'occasion d'essayer un second flacon ; il s'agissait d'une récidive d'épulis sarcomateux occupant tout le palais ; après 3 injections de 0,50, un violent érysipèle se déclara qui gagna tout le visage et dura cinq à six jours ; cet érysipèle se communiqua à la femme du malade qui était atteinte d'ulcère de la jambe.

IV. — L'insuccès des expériences entreprises par Bruns avec le sérum anticancéreux d'Emmerich et Scholl tient à diverses causes :

1° Comme il le reconnaît lui-même à l'insuffisance du sérum ;

2° A la qualité des sérums employés : Emmerich et Scholl avaient envoyé un certain nombre de flacons de sérum qu'ils savaient inactifs et qui n'étaient destinés qu'à des expériences préparatoires (?) ;

3° Bruns a employé des flacons certainement infectés, mais ces flacons ont dû être infectés dans le service de Bruns ; ils avaient été envoyés après vérification de leur asepsie parfaite. C'est ce sérum infecté qui a causé les accidents fébriles notés par Bruns ;

4° Quant aux accidents de tachycardie avec dyspnée, se produisant au

moment même de l'injection, ils sont dus à ce que l'injection a été faite dans les veines et non dans le parenchyme de la tumeur.

H. DE BRINON.

Sérothérapie anticancéreuse, par BOINET (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

L'auteur a injecté soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané de 4 ânes et de 10 chiens des tumeurs cancéreuses non ulcérées (épithélioma, sarcomes, cancer du sein) et il a inoculé aux malades cancéreux le sérum provenant d'animaux *injectés avec la même variété anatomo-pathologique de cancer*. Il a fait à chacun de ces malades, tous les deux jours, une injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen de 2 centimètres cubes de sérum. Le nombre des injections a varié entre 25 et 40.

Les injections ne sont pas douloureuses, elles ne provoquent que rarement des abcès ; elles sont parfois suivies de fièvre, d'urticaire et d'éruptions scarlatiniformes (3 cas), analogues à celles qui ont été observées après les injections de sérum antidiphtéritique. Dans 2 cas, des phénomènes de collapsus se sont produits. Ils n'ont eu qu'une courte durée et n'ont pas été nuisibles aux malades.

Ces injections améliorent souvent l'état général ; mais cette amélioration ne persiste guère plus de trente-cinq semaines, si les cancéreux sont arrivés à une période de cachexie avancée. Souvent, les douleurs diminuent très notablement pendant la série des injections, elles se reproduisent, lorsque l'on cesse la médication sérothérapique.

On constate encore une modification avantageuse dans le nombre et l'abondance des hémorragies, qui, dans certains cas, ont cessé complètement pendant plusieurs semaines.

Du côté de la tumeur cancéreuse, jamais de guérison observée.

L. GALLIARD.

Un cas de septicémie puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique, par O. JOSUÉ et A. HERMARY (*Soc. de biologie, 4 mai 1895*).

Femme rachitique chez qui l'on fait la dilatation du col puis la symphyséotomie. Le 3e jour symptômes de septicémie ; le 5e jour deux injections de sérum antistreptococcique de 30 et de 20 centimètres cubes ; le 6e jour, 20 et 15 centimètres cubes. Il y a rapide amélioration de l'état général ; les phénomènes locaux s'amendent deux jours plus tard. Guérison. DASTRE.

Note sur un cas de septicémie puerpérale traitée au moyen du sérum antistreptococcique, par JACQUOT (*Soc. de biologie, 11 mai 1895*).

Observation d'une femme accouchée, prise de fièvre aussitôt après et traitée au 9e jour, par le sérum antistreptococcique : chute immédiate de la température et guérison rapide. La mère de la malade est prise d'érysipèle, en rapport probable avec l'infection de l'accouchée. DASTRE.

Stoffwechselselversuch bei Schildrüsenfütterung (Des échanges organiques pendant le traitement thyroïdien), par L. BLEIBTREN et H. WENDELSTADT (*Deutsche med. Woch., n° 22, p. 346, 1895*).

Dans leurs expériences, Bleitren et Wendelstadt se sont proposé de rechercher si la perte de poids résultant du traitement thyroïdien et qui

est due, pour une partie, à l'augmentation de l'excrétion aqueuse et à la fonte du tissu graisseux, ne se rattache pas aussi à la perte d'une certaine quantité d'albumine ; en d'autres termes, si la quantité d'azote expulsé dépasse la quantité d'azote introduit, si le bilan de l'azote est négatif. Ils s'agissait donc, étant donné une nourriture déterminée dont la teneur en azote est exactement dosée, d'établir quelles sont les modifications que présente l'excrétion de l'azote sous l'influence des tablettes thyroïdiennes.

Le sujet était Wendelstadt lui-même qui s'est soumis pendant 15 jours au régime imposé par les données de l'expérience. Les 3 premiers jours ont été consacrés à établir le bilan normal des échanges d'azote ; à partir du quatrième jour, sous l'influence de l'administration des tablettes qni déterminait une augmentation de l'apport d'azote, le bilan d'abord positif est devenu rapidement, c'est-à-dire au bout de 2 jours, négatif; du cinquième au onzième jour, la perte d'azote est évaluée à 1,17 et du onzième au seizième jour, elle atteint une moyenne de 1,82. Cette différence négative se prolonge-t-elle au-delà ? c'est ce qu'il a été impossible de déterminer, la monotonie du régime ayant rebuté la bonne volonté de l'expérimentateur. Le total de la perte en azote, pendant ces 15 jours, s'élève à 15 gr. 77, soit environ 100 grammes d'albumine, cela équivaudrait à une destruction d'environ 500 grammes de chair musculaire, soit 1/6e environ de la perte totale du corps en poids. Cette perte a été environ de 3 kilogrammes. Il est à remarquer que la perte de l'azote a été en augmentant malgré l'addition dans le régime, à partir du neuvième jour, de 60 grammes de beurre et 100 grammes de sucre et, à partir du onzième jour, de 110 grammes de beurre, 150 grammes de sucre et 100 grammes de biscuit : ce qui portait la différence des calories introduites de 1731 à 2619.

Dans une seconde expérience qui a duré 10 jours et qui a porté sur le même sujet, les auteurs ont cherché comment se comportait le bilan de l'azote dans les mêmes conditions de régime en retranchant les tablettes thyroïdiennes. Le bilan de l'azote qui était négatif dans les 6 premiers jours est venu presqu'immédiatement positif dès qu'on a ajouté les 60 grammes de beurre et les 100 grammes de sucre du régime précédent. Cette contre-épreuve établit d'une manière bien évidente l'influence des tablettes sur l'échange d'azote.

H. DE BRINON.

Note on the treatment of a case of exophthalmic goitre, par David OWEN (*Brit. med. Journ., p. 361, 16 février 1895*).

L'auteur a rapporté précédemment (*Brit. m. J.*, 2 déc. 1893), l'histoire d'un malade affecté de goître exophtalmique depuis 20 ans, et amélioré par l'injection de glande thyroïdienne. Or, en réalité, le malade avait ingéré du thymus, le boucher ayant confondu les deux organes et donné constamment du thymus à la place du corps thyroïde.

Le malade cessa le traitement, et fut repris très rapidement de palpitations : il le recommença et de nouveau vit ses symptômes s'amender. Actuellement il peut être considéré comme guéri.

L'auteur en conclut que, au point de vue physiologique, le thymus est l'antagoniste de la glande thyroïde, et joue un rôle du même ordre. Le goître exophtalmique ne se voit jamais chez les enfants à l'âge où le thymus existe encore, et d'autre part Hilton Fagge a vu deux fois le thymus malade et hypertrophié à l'autopsie de sujets morts de la maladie de Basedow.

H. R.

I. — Weitere Erfahrungen über die Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung, par von **BRUNS** (*Beiträge zur klin. Chir.. XIII, et Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 6. p. 191, 15 mars 1895*).

II. — Ueber einen durch die Schilddrüsentherapie....., par C.-A. EWALD (*Berlin. klin. Woch., 14 et 21 janvier 1895*).

III. — Die Schilddrüsenfunction im Lichte neuerer Behandlungsmethoden verschiedener Kropfformen, par Theodor KOCHER (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte, n° 1, p. 3, et n° 2, p. 48, 1er et 15 janvier 1895*).

IV. — Zur Schilddrüsentherapie des Kropfes, par Otto LANZ (*Ibid. n° 2, p. 45*).

V. — Zur Schilddrüsentherapie, par le même (*Ibid., n° 10, p. 289, 15 mai 1895*).

VI. — Zur Schilddrüsenextracttherapie, par Alfred GÖNNER (*Ibid., n° 5, p. 157, 1er mars 1895*).

VII. — Physiologie et médication thyroïdiennes, par MORIN (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 5, p. 241, mai 1895*).

VIII. — Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit, par J. MIKULICZ (*Berlin. klin. Woch., n° 16, p. 342, 22 avril 1895*).

IX. — Glandes à sécrétion interne et leur emploi thérapeutique (organothérapie), par COMBE (*Revue méd. Suisse romande, XV, n° 5, p. 250, mai 1895*).

I. — Bruns a traité 60 cas de goître par l'ingestion de glandes thyroïdes de moutons ou de veaux : il les administra d'abord à l'état cru et frais, à la dose de 10 grammes (moitié chez les enfants) pour 8 jours, puis en tablettes de Burrough (2 par jour, 1 chez les enfants). 14 malades ont été entièrement guéris ; 20 ont été débarrassés de la plus grande partie de leur tumeur et de tous les désagréments qu'elle leur occasionnait ; 9 ont vu leur état considérablement amélioré ; enfin 17 ont subi en vain ce traitement. Les résultats sont de beaucoup le plus favorable, chez les individus jeunes où, en général, l'hypertrophie du corps thyroïde est plus également répartie et sa consistance uniforme. A partir de 30 ans, il n'y a plus de guérisons entières et l'on échoue déjà complètement dans la moitié des cas. Dans les cas les plus favorables, la glande diminue rapidement, de 8 à 15 jours après le début du traitement et a repris ses dimensions normales au bout de 3 ou 4 semaines. Quand la régression ne se fait pas complètement, la tumeur devient d'abord moins uniformément tendue ; on y distingue un ou plusieurs noyaux, mobiles les uns à l'égard des autres, qui persistent, tandis que la substance intermédiaire disparaît pour la majeure partie ; mais la respiration est redevenue facile. D'autre part, l'alimentation thyroïdienne facilite l'énucléation des noyaux goîtreux. En définitive, c'est le goître hypertrophique simple qui se prête le mieux à cette médication, tandis que les formes de dégénérescence (kystique, colloïde, et fibreuse) y sont rebelles. Bruns n'a observé que 3 récidives insignifiantes, mais le temps d'observation est encore insuffisant pour se prononcer définitivement.

II. — Demoiselle de 52 ans. Début en 1891, un mois après une fièvre catarrhale, par une desquamation lamelleuse universelle ; actuellement, la malade offre tous les symptômes du myxœdème. Les grandes lèvres formaient des bourrelets durs ; la vulve était le siège de furoncles mul-

tiples et d'un prurit intense, sans sucre dans l'urine. Les injections d'extrait thyroïde n'amenèrent d'abord qu'une recrudescence du gonflement de la face et des troubles gastro-intestinaux. L'amélioration commença au bout de 6 semaines de cette médication. Le prurit et les furoncles vulvaires avaient disparu. 6 mois plus tard, pour activer les progrès de la guérison, on substitua aux injections des tablettes thyroïdiennes qui se montrèrent rapidement efficaces ; mais la femme fut prise d'une soif extrême et de glycosurie qui cessaient chaque fois qu'on suspendait le traitement.

Ewald a essayé, sans succès, le traitement thyroïdien dans 2 cas de *goître exophthalmique ;* dans 3 d'*obésité*, la même médication a produit 2 fois une diminution de l'embonpoint qui ne s'est pas longtemps prolongée après la suppression des tablettes ; enfin, chez 8 *goîtreux*, dont le plus âgé avait 40 ans, il y eut diminution rapide du volume du cou, mais après 8 jours de traitement, il n'y a plus eu de progrès sensible.

III. — Kocher expose les effets du traitement thyroïdien sur 12 goîtreux dont la plupart étaient encore enfants ou adolescents. Il n'a eu d'échec complet que chez 3, mais aucuns des 9 autres tumeurs n'a entièrement rétrocédé. La plus forte diminution du goître porte sur son épaisseur et la moindre sur son diamètre longitudinal. Les tumeurs rapetissées gardent cependant leur forme première. L'action principale s'exerce sur le parenchyme hypertrophique qui sépare les noyaux colloïdes; en même temps qu'il est réduit de volume, il augmente de consistance et les noyaux colloïdes qu'il loge deviennent plus mobiles et moins gros. Kocher n'a noté aucun effet désagréable de la médication, aucune diminution de poids, aucune modification constante des urines. Pour le succès du traitement, l'âge des malades lui semble moins important que la nature de leur goître : les tumeurs kystiques et les noyaux colloïdes volumineux et vieux sont rebelles.

Kocher formule son opinion sur la nouvelle médication, en disant qu'il ne faut pas en espérer davantage que du traitement iodé ou, dans les contrées à endémicité goîtreuse, de l'abstinence de l'eau non bouillie comme boisson. Elle constitue cependant un avantage chez les individus qui ne tolèrent pas l'iode, mais alors il s'agit généralement de gens d'un certain âge ayant un goître volumineux asphyxiant ou un cœur gras et, vu l'ancienneté et les dimensions de la tumeur, la médication thyroïdienne échouera souvent aussi.

A propos des succès incontestables du même traitement dans la cachexie thyréoprive, Kocher cite un homme devenu profondément cachectique en 1883, à la suite de l'extirpation totale de son goître. On lui fit toute une série de greffes thyroïdiennes dans la cavité abdominale, sous la peau et jusque dans les gros vaisseaux ; le résultat fut souvent rapide, mais jamais durable, à cause de la résorption de la greffe. Actuellement cet homme, employé comme jardinier à l'hôpital se maintient en bonne santé, grâce à l'alimentation thyroïdienne.

Aux résultats contradictoires que donnent dans le goître exophthalmique soit la médication thyroïdienne, soit la médication iodée, Kocher oppose les bons effets du phosphate de soude, préconisé par von Trachewsky, à la dose quotidienne de 2 à 10 grammes dissous dans l'eau, et maintient,

à l'encontre de Buschan et d'accord avec Krœnlein l'amélioration constante sinon même la guérison obtenue par l'atrophie artificielle du corps thyroïde résultant de la ligature de ses artères afférentes ou à défaut de l'excision de la glande. Kocher a pratiqué 34 fois ces opérations avec 3 décès, 2 par embolies et 1 seul comme suite immédiate de l'intervention ; les 31 autres cas ont été des succès thérapeutiques.

Tschirch, chargé par Kocher d'analyser le suc thyroïdien, n'y a trouvé ni combinaisons iodées, ni alcaloïdes et uniquement des phosphates acides solubles.

Il résulte d'autre part de l'examen par Langhans d'un goître colloïde que Kocher a extirpé après avoir soumis la malade plusieurs semaines à l'usage des pastilles thyroïdiennes, que la substance colloïde a plus ou moins disparu d'un grand nombre d'alvéoles, ce qui témoigne d'une diminution dans l'activité sécrétoire de la glande.

IV. — Lanz rapporte que Moyan, qui exerce dans un comté anglais où le goître est endémique, lui fait savoir qu'il n'a eu qu'à se louer de l'emploi de l'alimentation thyroïdienne. Moyan a eu également un succès dans un goître exophthalmique qui a récidivé après la suppression momentanée de la médication dont le malade ne veut plus se passer, en ayant constaté les meilleurs effets.

Pour expliquer les bons résultats de ce traitement dans le goître, Lanz admet qu'une partie du corps thyroïde ayant son fonctionnement paralysé par les altérations goitreuses, le reste de la glande subit une hypertrophie compensatrice, qui n'a plus sa raison d'être physiologique, dès qu'on introduit dans le corps du malade une secrétion thyroïdienne normale.

En supposant que cette explication soit exacte, il y aurait lieu de tenter un traitement analogue au début de l'hypertrophie de la prostate, par l'administration de ce parenchyme glandulaire.

Lanz termine en rappelant qu'il a proposé d'essayer la médication thyroïdienne dès 1893 dans l'obésité et le rachitisme.

V. — Lanz a expérimenté les ingestions de glandes thyroïdes de porc et est arrivé aux conclusions suivantes :

Le corps thyroïde du porc et ses préparations ont les mêmes effets que celui du mouton et du veau. Des expériences comparatives entre les glandes du veau et du porc montrent toutefois que les chiens sont plus sensibles aux effets de la première et les souris à ceux de la seconde. Chats et lapins peuvent être alimentés pendant des semaines, sans aucun inconvénient, avec 5 grammes par jour de glande thyroïde pulvérisée. En revanche, les souris nourries de la même façon meurent intoxiquées dans un laps de 1 à 8 jours. La dose mortelle est extrêmement variable suivant la préparation : les extraits sont beaucoup moins délétères que la glande en nature. Les lapins succombent aussi en moyenne au bout de 12 à 14 jours lorsqu'on leur introduit quotidiennement sous la peau, 5 centimètres cubes de suc thyroïdien. Les premiers symptômes d'empoisonnement sont l'amaigrissement considérable et une notable augmentation de la fréquence du pouls ; au premier stade d'excitation succède une période de dépression. Même observation pour les chiens. L'injection sous-cutanée du suc thyroïdien provoque l'atrophie du corps thyroïde

normal. Les préparations thyroïdiennes ont des effets cumulatifs. Sur les animaux privés de corps thyroïde, les injections de liquide thyroïdien, loin d'être toxiques, prolongent la survie.

Lanz a ensuite essayé l'alimentation avec la glande thyroïde de porc sur des hommes. Il en a obtenu les meilleurs résultats chez un myxœdémateux nain de 54 ans, chez un jeune garçon de 16 ans, arrêté dans son développement et ayant un corps thyroïde rudimentaire et chez un homme ayant subi la thyroïdectomie totale en 1881. Il a encore eu recours à la glande thyroïde de porc chez 10 goîtreux, 4 fois avec résultat excellent.

Il conseille, comme doses initiales, des pilules de 2 décigrammes chez les enfants et de 50 centigrammes chez les adultes, à raison de 2 par jour; les doses doivent être moindres chez les individus thyroïdectomisés.

VI. — Femme de 25 ans, atteinte de goître exophtalmique. L'amélioration obtenue avec le phosphate de soude ne faisant plus de progrès, Gönner administra 3 pilules par jour d'extrait thyroïdien. Le soir du deuxième jour de la nouvelle médication, urticaire du tronc et des membres inférieurs. 5 jours plus tard, la reprise du traitement fut suivie du même incident. La malade n'avait jamais eu auparavant aucune éruption.

VII. — Morin a constaté chez 2 femmes atteintes de la maladie de Basedow une amélioration très considérable à la suite de l'ingestion de glandes thyroïdes de mouton; dans ces 2 cas, les traitements habituels, y compris la faradisation, avaient absolument échoué.

Mackenzie a trouvé 20 tuberculeux sur 71 myxœdémateux. D'autre part, Morin a été frappé du faible développement du corps thyroïde chez les tuberculeux. Il cite à ce propos une famille qu'il suit depuis un grand nombre d'années. La mère est morte tuberculeuse à 45 ans; le père, faible, cachectique, atteint de catarrhe et de dilatation bronchique et ayant un énorme goître parenchymateux est mort de marasme sénile à 78 ans. 2 fils sont morts phtisiques entre 20 et 25 ans, tous deux avaient la glande thyroïde nettement atrophiée; il reste 6 enfants vivants. De ces 6 enfants, 2 filles et 1 garçon sont en parfaite santé. Les filles ont dépassé la trentaine; l'une a un goître assez volumineux, l'autre et son frère ont un corps thyroïde très gros. Les 3 autres frères ont l'habitus phtisique et ont une très petite glande thyroïde. Ces diverses considérations ont engagé, depuis quelques mois, Morin à soumettre au traitement thyroïdien les diverses formes de tuberculose; il lui a paru que cette médication avait produit une certaine amélioration dans les tuberculoses pulmonaires au début, dans les adénites et ostéites non suppurées.

VIII. — Mikulicz a traité 10 cas de goître par l'alimentation avec des *thymus* de moutons à l'état frais et crû; il commençait par une dose de 10 à 15 grammes qu'il élevait graduellement à 25, administrée 3 fois par semaine, finement hachée, sur du pain. Ces doses assez considérables n'ont donné lieu à aucun phénomène incommode. L'âge des malades oscillait de 13 à 28 ans; 8 d'entre eux avaient une hyperplasie diffuse du corps thyroïde, 1 des noyaux goîtreux isolés et le dernier à la fois les deux lésions. Une fois, l'hyperplasie disparut complètement en 2 semaines

(goître récent et petit d'une fillette de 13 ans); 6 fois la diminution du volume fut très considérable, 2 fois elle fut insignifiante et 1 fois l'insuccès fut entier. 6 des malades paraissaient devoir être opérés sans retard vu la gêne respiratoire; après le traitement thymique, un seul eut besoin de l'intervention chirurgicale. Un homme de 25 ans, à goître vasculaire plongeant dont l'état avait été aggravé par l'alimentation thyroïdienne, fut rapidement soulagé par l'alimentation thymique. Un laps de 2 à 3 semaines semble suffire dans la plupart des cas pour se prononcer sur l'efficacité du nouveau traitement. L'amélioration ne progresse rapidement que durant les 8 ou 15 premiers jours; au bout de 5 ou 6 semaines, l'état demeure stationnaire malgré la continuation du traitement thymique.

Mikulicz a eu à se louer aussi de l'ingestion de thymus chez une femme atteinte de maladie de Basedow; malgré que le goître (dont le début remontait à l'âge de 17 ans) ait paru à peine réduit de volume, les autres symptômes, y compris les troubles respiratoires et l'exophtalmie ont subi une rémission notable.

IX. — Combe a soumis au traitement thyroïdien, avec le plus grand succès, deux enfants atteints de myxœdème congénital ou cachexie crétinoïde. L'un de ces faits a déjà été résumé (*R. S. M.*, XLV, 616); l'autre concerne une enfant de 2 ans. Il a essayé la même médication, également avec profit, chez des goutteux et a vu l'accès aigu de l'un d'eux rapidement disparaître. Comme Mendel, il a constaté sous l'influence de cette médication une augmentation de l'urée et de l'acide urique dans les urines. Enfin, il a eu recours à l'organothérapie, non moins utilement, dans une dizaine de chloro-anémies, dans 4 rachitismes graves et dans 2 anémies pseudo-leucémiques infantiles, en faisant prendre aux malades de la moelle de veau. (*R. S. M.*, XLV, 103). J. B.

The thyroid treatment, par STIEGLITZ (*New-York med. Journ.*, *4 mai 1895*).

Stieglitz rapporte trois cas curieux de traitement thyroïdien suivis de bons effets :

1° Fille de 22 ans, souffrant d'une dystrophie rebelle des ongles, qui étaient rugueux, irréguliers, cassants, ainsi que la peau des mains et des pieds. Tous ces troubles disparurent après l'ingestion de pastilles thyroïdiennes. Même effet sur la sœur de cette malade, qui avait également un ongle altéré;

2° Cas de sclérodermie localisée à la jambe chez une femme de 33 ans: inefficacité de l'arsenic, guérison par le traitement thyroïdien;

3° Hémiatrophie faciale progressive chez une jeune fille de 23 ans, accompagnée de spasmes angulaires. Disparition des spasmes et modification de la peau sous l'influence du traitement thyroïdien. H. R.

Thyroid-feeding in obesity, par GUTTMANN (*Amer. med. Bull.*, *15 mai 1895*).

Des résultats obtenus dans un certain nombre de cas d'obésité traités par lui et dont il donne ici une rapide analyse, G. en est arrivé à considérer la glande thyroïde du mouton comme un spécifique de cette dystrophie. Il l'administre sous forme d'extrait sec (tablettes de thyroïdine), à doses progressivement croissantes, les doses massives administrées d'emblée ayant une action fâcheuse sur le cœur. CART.

Médication thyroïdienne, par MOSSÉ (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Mossé utilise le corps thyroïde de mouton, frais, cru, en nature, à la dose quotidienne de 1 à 5 grammes. Il a vu l'accélération du pouls, l'augmentation de la diurèse, la perte de poids, la courbature. Il a obtenu une fois la guérison du psoriasis, une fois l'amélioration passagère du goitre, une fois l'amélioration de l'acromégalie. L. GALLIARD.

Guérison d'un goître volumineux par l'ingestion de corps thyroïde de mouton, par SENÉ (*Journal de méd. et de chir. pratiques, 25 mai 1895*).

Une femme de 43 ans porte un goître gros comme une tête de fœtus dont le début remonte à 9 ans, et qui, depuis 3 ans, ne grossit presque plus. Le cou mesure 43 centimètres ; la tumeur était tendue, sans fluctuation, gênait notablement la respiration, s'accompagnant de bruits de cornage ; la nuit, il y avait des crises de suffocation. Pas d'exophtalmie, pas de troubles cardiaques. Le traitement par la teinture d'iode, à l'intérieur, pendant 15 jours, échoua. Sené conseilla alors l'ingestion de corps thyroïdes de mouton, fit prendre 4 lobes par jour à partir du 28 novembre, pendant 15 jours, puis 5 lobes jusqu'au 25 février, les corps étaient pris crus, écrasés avec du sucre, il n'y eut aucun trouble physiologique ; au bout de 8 jours, le tour de cou avait diminué de 3 centimètres, la tumeur était réduite et mollasse, les crises de dyspnée avaient disparu. Le 2 janvier, le cou mesurait 37 centimètres, la tumeur était grosse comme une mandarine ; le 28 février, le cou mesurait $36^{cm},5$, la tumeur restait mollasse, la malade se sentait tout à fait guérie. H. L.

Bluttransfusion oder Salzwasserinfusion (Transfusion de sang ou infusion d'eau salée), par ZIEMMSSEN (*Münch. med. Woch., n° 14, p. 301, 1895*).

Une cuisinière de 26 ans est atteinte d'hématémèse et de melœna à la suite d'un ulcère rond de l'estomac. Anémie aigüe considérable et menacant la vie. On fait une injection sous-cutanée de 1,600 centimètres cubes d'eau salée à 6 0/00. Pas d'amélioration. Le lendemain, on fait une transfusion intra-veineuse de bras à bras de 175 centimètres cubes de sang. A partir de ce moment, on voit l'état général s'améliorer, ainsi que l'état du sang, la malade peut être alimentée. Un mois après, elle peut être considérée comme guérie. Ziemssen croit que, sans la transfusion, la malade serait morte. C. LUZET.

Die mechanische Behandlung der Hemicranie, par BUM (*Wiener med. Presse, 19 mai 1885*).

B. énonce ici les résultats qu'il a obtenus par le massage dans dix-sept cas d'hémicranie myogène, c'est-à-dire d'hémicranie reconnaissant pour cause des indurations disséminées dans le cuir chevelu ou dans les muscles du visage ou du cou, nettement délimitables par la palpation et douloureuses à la pression. De ces cas, onze concernaient des hommes et six des femmes, d'âge variant de 19 à 48 ans. Huit cas que B. a l'occasion de suivre depuis des années, sont restés indemnes de crises depuis le traitement ; quatre cas apparemment guéris et suivis pendant quelques semaines furent ensuite perdus de vue ; un cas récidivait après 9 mois et enfin quatre malades abandonnèrent le traitement. CART.

Le bain froid dans la pneumonie franche infantile a-t-il une action sur le cycle thermique, par COMBY (*Soc. méd. des hôp.*, *31 mai 1895*).

Sur 31 cas (dont 1 seul est mort), Comby a traité 15 enfants par les bains froids ; 16 n'ont pas été baignés parce que leur affection était bénigne ou qu'ils entraient trop tard à l'hôpital. Sur les 14 enfants baignés et guéris, Comby n'a pas noté que la défervescence ait été avancée d'un jour ni d'une heure, tout en reconnaissant les grands bénéfices, refroidissement de la peau, ralentissement du pouls, tonification du système nerveux, diurèse, etc. H. L.

Le tubage comme procédé accidentel d'écouvillonnage du larynx dans le croup, par VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, *27 juin 1895*).

L'auteur, après avoir rappelé les malheureuses tentatives d'écouvillonnage pratiquées avant la sérothérapie, rapporte plusieurs cas où le tube agissant comme un écouvillon creux a provoqué dès son introduction des quintes de toux violentes, suivies de l'expectoration rapide du tube et de longues fausses membranes ; aussitôt la dyspnée disparaissait et l'intubation n'était plus nécessaire. H. L.

Traitement de la coqueluche, par B. ULLMANN (*Jahrb. für Kinderh.*, *XL*, *p. 39*).

Air pur, air en abondance, sorties, même l'hiver, même les jours de pluie, fenêtres ouvertes jour et nuit pendant l'été, tel serait le vrai traitement de la coqueluche. Appliqué pendant trois ans, même à des enfants de la classe pauvre, même à des enfants de moins d'un mois, à des enfants atteints de bronchite, de bronchopneumonies graves, il a donné d'excellents résultats (importante statistique du nombre des quintes pendant le temps passé en plein air et le temps passé dans des chambres fermées). U. n'a jamais eu un décès par coqueluche depuis trois ans.

A.-F. PLICQUE.

Theoretical and practical considerations on whooping cough (coqueluche), par Russell WELLS et CARRÉ (*The Lancet*, *p. 1429*, *8 juin 1895*).

Les auteurs ont traité par l'emploi de la cocaïne à l'intérieur 323 sujets atteints de coqueluche. Deux enfants âgés de moins de six mois sont morts, l'un de broncho-pneumonie, l'autre d'inanition à la suite de vomissements incoercibles; le dernier ne fut en traitement que les deux derniers jours. Jamais on n'a constaté d'effet nuisible dû à la cocaïne, si ce n'est quelquefois un peu de diarrhée. La durée moyenne de la maladie a été de 3 semaines. Dans certains cas légers, la cocaïne semble avoir fait avorter la maladie.

A la suite de l'emploi de la cocaïne, on voit l'état général de l'enfant s'améliorer, la soif, l'anorexie disparaissent, la toux devient moins fréquente, le sommeil revient. De nombreux malades, restés en observation, n'ont pas présenté de récidive. MAUBRAC.

A case of idiopathic pernicious anœmia treated by bone marrow, par Alfr. BARRS (*Brit. med. Journ.*, *p. 358*, *16 février 1895*).

Observation concernant un mineur de 43 ans, arrivé au dernier degré d'une

anémie pernicieuse et presque moribond. On lui administre pendant 34 jours de l'arsenic à doses croissantes de 20 à 75 minimes. Cette médication n'améliore que très incomplètement l'anémie, mais par contre se développent des signes non douteux de névrite périphérique et de paralysie des quatre membres qui, d'abord mis sur le compte de l'anémie pernicieuse, sont reconnus comme dépendant de l'intoxication arsénicale. On abandonne la médication, pour le traiter (1er juin) par la moelle osseuse de bœuf; il en prend 3 onces par jour.

Au bout d'une semaine, il est déjà mieux et la numération de ses globules accuse une augmentation notable d'hématies, bien que la paralysie ne fasse aucun progrès. Le 16 juin, le sang contient 40 0/0 de globules rouges : le 20, 56 0/0, le 4 juillet 80 0/0. Le 18 août il atteint la normale.

L'amélioration a persisté en s'accentuant les mois suivants; mais les jambes sont restées paralysées et le mouvement est revenu partiellement aux mains. H. R.

Le salophène dans les affections douloureuses des nerfs, par DE BUCK et VANDERLINDEN (*Flandre méd., 29 novembre 1894*).

Le salophène est chimiquement le salicylate d'acétyle paramidophénol et contient 51 0/0 d'acide salicylique. C'est une poudre blanche cristalline, inodore et insipide, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau froide, faiblement soluble dans l'eau chaude. Il n'est pas altéré par l'estomac et ne se décompose que dans l'intestin ; l'acide salicylique s'unit au glycocolle pour former du salicylate de soude et de l'acide salicylurique, tandis que l'autre radical (acétyl paramidophénol) forme un sulfate organique non toxique et se combine avec l'acide glycuronique. Le salophène est analgésique et antinévralgique plus que l'acide salicylique, sans avoir ses mauvais effets sur l'estomac. H. R.

Sur l'action thérapeutique du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la goutte et la chorée, par Pierre MARIE (*Soc. méd. des hôp., 31 mai 1895*).

Le salophène a été employé à des doses variant de 3 à 4 grammes chez 5 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu et subaigu, de goutte saturnine et de chorée et a donné d'excellents résultats. Des rhumatisants qui ne supportaient pas le salicylate de soude ont très bien toléré le salophène et ont eu une très rapide atténuation de leurs douleurs. Il a échoué dans le rhumatisme chronique, où réussit le salol. Marie fait prendre les 3 ou 4 grammes en 6 doses ; en cachets ou dans l'eau. H. L.

De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies, par HUOT (*Thèse de Paris, 1895*).

Se basant sur 35 observations dont 6 personnelles, l'auteur conclut que le salophène peut être regardé comme un remarquable succédané du salicylate de soude, dont il a les avantages sans en présenter les inconvénients au point de vue de la tolérance par l'organisme. Il paraît également devoir être utilisé dans le traitement de la chorée et des algies diverses. La dose moyenne est de 3 à 4 grammes en plusieurs prises dans les 24 heures. P. S.

I. — Zur Therapie der Cholelithiasis (Contribution au traitement de la choléli-thiase), par BLUM (*Münch. med. Wochens., n° 12, p. 259, 1895*).

II. — Injection of olive oil for removal of impacted biliary calculi, par Edw. BROCKBANK (*Brit. med. Journ., p. 865, 20 avril 1895*).

I. — Blum rapporte 5 observations de cholélithiase où les lavements d'huile, donnés tous les jours, jusqu'à 2 fois, ont amené l'évacuation de calculs biliaires. C. LUZET.

II. — L'auteur conseille, en cas de calculs biliaires enclavés dans le canal cystique ou cholédoque et difficiles à extraire autrement que par broiement, l'usage d'injections huileuses faites dans les conduits biliaires. Il décrit un instrument destiné à faire pénétrer facilement ces injections huileuses et cite un cas dans lequel elles furent employées avec utilité pour le malade, bien qu'il s'agit non d'une lithiase biliaire, mais d'un cancer du pancréas. H. R.

A case of diabetes insipidus treated by ingestion of suprarenal glands, par Walter CLARK (*Brit. med. Journ., p. 1086, 18 mai 1895*).

Femme de 39 ans, atteinte de diabète insipide au cours d'une grossesse. L'accouchement ne modifie en rien les symptômes qui persistent et s'aggravent : 12 litres d'urine par jour, sans sucre ni albumine, amaigrissement et insomnie. On lui fait prendre tous les 3 jours une demi-capsule surrénale de mouton dans un sandwich ; 2 heures après, elle se sent étourdie et fébricitante et transpire légèrement, mais le sommeil est plus tranquille et les urines sont moins abondantes. Les mêmes phénomènes se répètent à chaque injection glandulaire ; une fois l'ingestion d'une capsule surrénale entière amena des défaillances et une sorte d'état syncopal. Finalement, au bout de quelques mois de ce traitement, la malade a cessé d'être polyurique, ses forces sont revenues et elle peut être considérée comme pratiquement guérie.

H. R.

Traitement du diabète sucré par la levure de bière, par CASSAET (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

La levure de bière administrée à la dose quotidienne de 50 grammes, au moment des principaux repas, à trois diabétiques, deux hommes et une femme, a donné de bons résultats.

Elle produit dans les quelques instants qui suivent son absorption une très grande quantité de gaz qu'éliminent des éructations très fréquentes, puis, dans le cours de la première ou de la seconde journée, une diarrhée très fétide avec des gaz en abondance. Après quelques jours, la tolérance s'établit.

Le poids des malades (un d'eux était tuberculeux) a augmenté de 3, 5 et 8 livres en quinze jours. La polyurie a diminué ; l'urée restait stationnaire ou augmentait ; le sucre diminuait. Dans un cas, le sucre a baissé de 32 grammes à 7^{gr},50 par litre. L'état général s'améliorait. Dès qu'on cessait la médication, le poids des malades diminuait.

Mode d'action difficile à déterminer. L. GALLIARD.

The treatment of typhoïd fever with typhoïd thymus extract, par A. LAMBERT (*New-York med. J.*, *p. 524, 27 avril 1895*).

L'auteur a traité 28 cas de fièvre typhoïde par l'injection sous-cutanée de bouillon de thymus dans lequel le bacille typhique avait été cultivé puis tué.

De ces 28 malades, 15 ont été influencés favorablement par l'injection : 12 n'en ont retiré aucun bénéfice : un seul malade a succombé.

Dans les cas heureux on a noté la chute rapide de la température, le relèvement du pouls, la moindre durée de la maladie, l'absence de troubles mentaux : cinq malades eurent une récidive qui, traitée également par les injections de thymus typhoïde, guérirent rapidement : dans cette série de quinze cas, les injections furent commencées vers le dixième jour de la maladie (du sixième au quinzième).

Dans la seconde série de 12 cas, le traitement ne fut appliqué que vers le quinzième jour (du neuvième au vingt-deuxième) : les résultats furent inappréciables. MAUBRAC.

Ueber directe Galvanisation des Magens..... (Sur la galvanisation directe de l'estomac et de l'intestin), par W. BROCK (*Therap. Monats.*, *p. 275*, *juin 1895*).

On fait boire 2 verres d'eau, déglutir une petite électrode protégée par une enveloppe de gomme durcie et unie au pôle négatif. L'électrode positive est appliquée sur la région lombaire. L'intensité du courant est de 15 à 20 milliampères ; la durée de chaque séance, 5 minutes. Ce procédé donne de bons résultats dans les manifestations gastriques nerveuves, dans les névroses de l'estomac en général.

PAUL TISSIER.

I. — Eine neue Methode zur Behandlung der säuren Dyspepsie, par J. BERGMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 6*, *p. 126*, *11 février 1895*).

II. — Même sujet, par C.-A. EWALD (*Ibid.*, *n° 7*, *p. 155*, *18 février 1895*).

I. — Bergmann pose en principe que dans toutes les dyspepsies acides non diathésiques, la salive possède un degré insuffisant d'alcalinité, si elle n'est même pas acide, et, d'autre part, qu'elle redevient toujours alcaline pendant la mastication. Aussi, dans une dizaine de cas de dyspepsie acide, a-t-il recouru avec profit à l'emploi des masticatoires durant la période de digestion. Il fait mâcher à ses malades des pastilles composées, par parties égales, de magnésie calcinée et de magnésie ammonio-phosphorée, additionnées, comme correctifs, d'un peu de racine de gingembre et d'acore.

II. — Ewald fait remarquer que les tablettes américaines d'Adams qui contiennent de la gomme, 5 centigrammes de pepsine et un peu de menthe sont préconisées également comme masticatoire pour les dyspeptiques ; Ewald les a employées quelquefois avec succès, sans prétendre, par là, neutraliser l'excès d'acidité du suc gastrique, car on sait qu'une excitation buccale peut par voie réflexe exagérer la sécrétion d'acide chlorhydrique. Il faudrait donc des expériences pour prouver que la déglutition de grandes quantités de salive peut réellement diminuer l'acidité de l'estomac. J. B.

Observations sur le traitement des diarrhées infantiles par le tannigène, par Richard DREUS (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles, 20 juin 1895*).

Le tannigène est un dérivé du tannin traité par l'éther ; c'est une poudre fine, gris jaunâtre, sans odeur ni goût, très peu soluble dans l'eau chaude ou froide et dans l'éther. L'auteur l'emploie dans les diarrhées des enfants au sein ou au biberon (diarrhées lientériques, graisseuses ou vertes) à dose de 20 à 30 centigrammes, 3 ou 4 fois par jour ; dans les cas de diarrhées cholériformes le tannigène est impuissant et ne peut être employé qu'après le calomel et le chloroforme ; chez les enfants plus âgés, le tannigène donne aussi de bons résultats. H. L.

A clinical lecture on acute inflammation of the cœcum and its appendix, par Thornley STOKER (*Brit. med. Journ., p. 1192, 1er juin 1895*).

L'intérêt de cette leçon réside dans les considérations thérapeutiques. Stoker n'est pas partisan de l'opération dans l'appendicite aiguë : autant elle donne de bons résultats dans les formes subaiguës à répétition, autant elle est dangereuse et suivie d'insuccès dans les formes aiguës compliquées de péritonite. Il comprend ainsi ce traitement médical : pas de révulsifs ni d'applications locales irritantes. Emploi très réservé de l'opium, qui masque la gravité des cas. Nécessité d'une diète absolue, l'abus de la nourriture formant un danger constant. Les boissons elles-mêmes doivent être rares : on doit se borner au régime lacté. La glace est un remède trompeur pour calmer la soif ; mieux vaut se rincer fréquemment la bouche avec des boissons chaudes. On ne doit pas craindre les purgatifs, soit en lavement, soit par la bouche, répétés à petites doses : le sulfate de soude est le meilleur.

Le remède par excellence est le grand lavement, donné lentement, de manière à remplir progressivement tout le gros intestin et même à franchir la valvule iléo-cœcale ; c'est le moyen d'éliminer complètement les garde-robes et de supprimer les fermentations coli-bacillaires : l'eau bouillie suffit pour cette médication. H. R.

Histoire d'une épidémie de typhus exanthématique ; essais de sérothérapie ; action bienfaisante des injections sous-cutanées de sérum de typhiques convalescents, par LEGRAIN (*Gaz. des hôp., 4 juillet 1895*).

Une épidémie de typhus éclate dans la prison de Bougie, vers le 1er novembre ; elle ne fut reconnue que le 20 novembre, et du 25 novembre au 12 décembre on compta 40 cas avec 12 décès. Legrain prit le service le 12 décembre, et eut à soigner 39 malades dans des conditions hygiéniques peu satisfaisantes ; il prépara le sérum de saignées faites sur 2 convalescents de typhus grave et injecta le 16 à 3 malades, pris parmi les plus graves, 2, 4 et 6 centimètres cubes ; la température tomba proportionnellement à la quantité de sérum injecté, l'abaissement commença 3 heures après l'injection et eut son maximum vers la quinzième heure.

Sur un médecin atteint d'un typhus exceptionnellement grave, à forme hyperthermique, il injecta 10 centimètres cubes ; 15 heures après la température avait baissé de 2 degrés, le pouls de 135 tomba à 100. Après

une reprise de la fièvre, il injecte 48 heures après 12 centimètres cubes et le résultat fut définitif.

Sur 12 malades gravement atteints et injectés, aucun ne succomba. Legrain a noté : 1° des abaissements de température 1,5 pour 6 centimètres cubes, 2° 3 pour 12 centimètres cubes, le ralentissement du pouls avec retour de la régularité, la diurèse, la disparition du coma, l'atténuation de la marche du typhus qui évolue mais devient bénin. H. L.

Emploi de la pilocarpine en injections sous-cutanées dans l'érysipèle de la face ; par SALINGER (*Therap. Gazette, 15 mars 1895*).

Salinger donne l'observation d'une série de cas qu'il a traités par ce moyen ; il conclut en attirant l'attention sur les excellents effets de la pilocarpine dans l'érysipèle de la face. R. FAURE-MILLER.

Preliminary Report on the treatment of variola by its antitoxine, par J.-J. KINYOUN (*Sanit. Reports U. S. Marine-Hosp. service, Washington, X, 18 janvier 1895*).

Maurice Raynaud et M. Sternberg ayant montré que le sérum sanguin d'un animal vacciné possède la propriété de détruire la virulence du vaccin, Kinyoun a tenté avec ce sérum quelques expériences sur l'homme, dans l'espoir de trouver un sérum curatif de la variole. Du sérum de veau vacciné fut filtré ; le filtrat ne renfermait pas de cellules. 2 centimètres cubes du sérum, filtré ou non, tuaient en quelques heures 1 centimètre cube d'un vaccin âgé de 2 jours. La filtration n'avait donc nui en rien au pouvoir antitoxique du sérum.

Ce sérum a été inoculé à deux varioleux au stade de pustulation. L'un des malades a succombé, malgré l'administration de 65 centimètres cubes en 4 jours ; il s'agissait d'une variole maligne, avec éruption confluente, haute température, délire et pronostic fâcheux dès l'admission ; néanmoins le médecin traitant (Elliot) estime que la médication a prolongé la vie de 72 heures au moins. Chez l'autre malade, un nègre de 20 ans, les inoculations furent commencées cinq jours après le début de l'éruption ; dans l'espace de 48 heures, on injecta, par doses de 15 à 30 centimètres cubes, 105 centimètres cubes de sérum. Le pouls reprit de l'énergie, la température baissa un peu ; dès la seconde injection, l'albuminurie fut moindre. Au bout de 18 heures, l'éruption se modifia distinctement et se dessécha, en même temps que, sur les parties saines de la peau, apparaissait un certain nombre de pustules très petites. Le malade guérit sans cicatrices. J. B.

Des vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur, en 1894, par H. POTTEVIN (*Annales de l'Inst. Pasteur, n° 7, p. 524, juillet 1895*).

1,392 cas traités en 1894, 12 morts. Dans 5 des cas de mort, les premiers symptômes rabiques se sont manifestés moins de 15 jours après la dernière inoculation. Reste 1,387 cas avec 7 morts, soit 0,50 0/0 ; 3 personnes ont été en outre prises de rage au cours des inoculations. Sur les 1,387 cas, 226 concernaient des étrangers. PAUL TISSIER.

Sur l'emploi et le mode d'action du chlorure de chaux contre la morsure des serpents venimeux, par C. PHISALIX et G. BERTRAND (*Soc. de biologie, 8 juin 1895*).

La solution de chlorure de chaux, préconisée contre la morsure des

serpents venimeux, n'a qu'une action locale. Elle détruit le venin, modifie les tissus et met ainsi obstacle à l'absorption du toxique. Les injections faites en d'autres points que celui de la morsure n'ont aucune action immunisante et doivent être évitées. DASTRE.

Zur Therapie der Osteomalacie, par LATZKO (*Wiener med. Presse, 7 juillet 1895*).

Sur 28 cas d'ostéomalacie traités par le phosphore, L. a eu 15 guérisons, 10 améliorations, 1 insuccès, 1 mort par empoisonnement, 1 cas interrompu dans le traitement. Il tient donc le traitement phosphoré pour indiqué dans tous les cas d'ostéomalacie ; il estime qu'il y a lieu de modifier la proposition de Fehling ; la castration est indiquée dans le traitement de l'ostéomalacie « toutes les fois que les autres modes de traitement auront échoué » et dire : « toutes les fois que la phosphothérapie aura échoué ». CART.

A case of tetany treated by thyroïd extract, par BYROM BRAMWELL (*Brit. med. Journ., p. 1196, 1er juin 1895*).

On sait que l'ablation du corps thyroïdien est suivie fréquemment de contracture des extrémités, qui s'associe avec le myxœdème (Wölfler-Billroth). Chez un opéré d'Annandale, ce symptôme était très accentué et durait depuis longtemps, malgré l'ingestion d'une petite dose de corps thyroïde. Bramwell conseilla d'augmenter la dose et la guérison fut rapide.

Un autre cas, dû au docteur Young, est plus caractéristique. Il s'agit d'un enfant de 8 ans, atteint de tétanie spontanée, très intense, durant depuis plusieurs mois et aggravée par le froid. Inefficacité des calmants et du bromure de potassium.

On prescrit à l'enfant des tablettes thyroïdiennes de Burroughs. D'abord une, puis deux, puis trois par jour pendant 3 jours consécutifs : disparition complète des crises de contracture, amélioration de la santé générale sans aucun symptôme de thyroïdisme.

Ce fait semble prouver que la tétanie a des rapports avec le myxœdème et qu'elle dépend peut-être d'un trouble dans la sécrétion thyroïdienne.

H. R.

Traitement de l'ataxie des extrémités supérieures, par FRENKEL (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVIII, p. 66*).

L'exercice régulier méthodique consistant non en mouvements gymnastiques, mais en mouvements délicats voulus (F. emploie beaucoup un appareil analogue au jeu du solitaire), amène une amélioration rapide. Cette amélioration, bientôt visible, exerce une influence favorable sur le moral, le sommeil et tous les troubles neurasthéniques ou hystériques qui accompagnent si souvent le tabes. A.-F. PLICQUE.

Traitement de la chorée ; de l'hydrothérapie en particulier, par CHANGEUX (*Thèse de Paris, 1895*).

13 observations personnelles permettent à l'auteur de donner la préférence à l'arséniate de soude dans le traitement des chorées légères. Dans

les chorées graves, dans celles où l'intervention du médecin sera réellement utile pour diminuer l'agitation extrême et combattre l'insomnie constante, il faut s'adresser au chloral à hautes doses, et à l'hydrothérapie froide, soit aux bains, soit plutôt au drap mouillé chez les très jeunes enfants. P. S.

HYGIÈNE.

I. — **Resultaterne af den animale Vaccinationi Danmark 1893, par BONDESEN** (*Ugeskr. für Läger et Hyg. Rundsch., IV, n° 4, p. 168, 15 février 1895*).

II. — **Die Ergebnisse des Impfgeschäfts im Deutschen Reiche für das Jahr 1892, par KUEBLER** (*Medicin-statistische Mittheil. aus dem kaiserl. Gesundh., II, et Hyg. Rundsch., V, n° 11, p. 525, 1er juin 1895*).

III. — **Die Thättgkeit der in Deutschen Reiche errichteten staatlicher Anstalten zur Gewinnung von Thierlymphe währende des Jahres 1893** (*Ibid. et Ibid., n° 10, p. 485, 15 mai 1895*).

IV. — **Ergebnisse der amtliehen Pockentodesfallstatistik im Deutschen Reiche vom Jahre 1893, par KUBLER** (*Ibid. et ibid., n° 11*).

V. — **Accidents de la vaccine, par VOIGT** (*Hyg. Rundsch., V, n° 8, p. 381*).

VI. — **De la fausse vaccine et du critérium de la vaccination réussie, par BERTHIER** (*Revue d'hyg., XVII, n° 4, p. 306, avril 1895*).

I. — En Danemark, l'emploi du vaccin animal, qui ne date que de 1886, a fait des progrès si rapides que dès maintenant il est adopté par plus de 80 0/0 des médecins. C'est l'Institut royal de Copenhague qui dessert tout le pays ; depuis 1891, il se sert du vaccin *variolique* de Hambourg entretenu par des cultures ; les préparations vaccinales sèches n'ayant donné que de mauvais résultats, on ne prépare et n'envoie que de la lymphe émulsionnée dans la glycérine. A l'Institut, le vaccin a donné des résultats positifs sur 99, 84 0/0 des enfants inoculés et sur 95, 9 0/0 des incisions faites.

Des 24,335 enfants inoculés par les médecins, 95,8 0/0 l'ont été avec succès.

Les revaccinations opérées sur les recrues ont fourni 73,2 0/0 de succès. S. Hansen a donné le tableau des 70,000 revaccinations militaires effectuées de 1885 à 1892 ; il en ressort que le vaccin animal a donné exactement les mêmes résultats que le vaccin humain, soit 70 0/0 de succès.

II. — Après défalcation des enfants ayant obtenu une dispense légitime, (91,449) pour la vaccination et 7,007 pour la revaccination) il restait en Allemagne, en 1892, 1,529,576 enfants passibles de la vaccination et 1,139,805 passibles de la revaccination ; sur ces chiffres, 36,807 des

premiers et 8,304 des seconds se sont soustraits illégalement à l'application de la loi ; c'est dans la principauté de Reuss, ligne cadette et dans les districts administratifs de Cassel et de Potsdam que se trouvent les plus nombreux réfractaires.

97,30 0/0 des vaccinations et 92,21 0/0 des revaccinations ont été fructueuses. Le vaccin animal a servi pour 98,49 0/0 des inoculations, surtout sous forme de lymphe glycérinée. Comme suites mortelles de la vaccination, on a signalé 3 septicémies et 2 tétanos.

III. — Les 25 Instituts allemands suffisent amplement aux besoins. Le vaccin de l'Institut d'Oppeln a dégénéré à la suite de nombreux passages sur des veaux trop jeunes ; cette circonstance explique dans une certaine mesure les ravages de la variole dans les cercles de Pleiss et de Ratibor, voisins de la Russie, qui constituent un foyer de la maladie. A Canstatt, on a dû rejeter le vaccin de 14 veaux qui offraient des tubercules dans les ganglions bronchiques ou mésentériques ; les deux tiers de ces animaux qu'on inocule dans cet établissement sont âgés de 10 à 15 mois. L'Institut de Carlsruhe a dû interrompre son service pendant quelques semaines, à cause d'une épizootie de fièvre aphteuse qui sévissait sur ses veaux inoculés. A Stettin, Leipzig, Stuttgart, Canstatt, Carlsruhe, Schwerin, Lubeck, Brême, Hambourg et Metz, tous les animaux ont été inoculés avec du vaccin animal ; à Munich, au contraire, tous l'ont été avec du vaccin humain. Un médecin vaccinateur de Stettin a réinoculé, sans succès, le jour de la revision, la plupart des enfants, avec le vaccin d'un autre veau.

Du vaccin animal, récolté à Berlin le 4 et le 5 mai, a été employé à Cameroun, du 15 au 21 juillet, pour pratiquer 310 premières vaccinations ; 291 d'entre elles ont été fructueuses ; c'est le contenu d'un même tube qui a fourni tous les échecs. Des expériences de Stettin, il résulte que le vaccin âgé de 305 jours est encore efficace ; mais au fur et à mesure qu'il vieillit, le vaccin donne des pustules moins considérables et arrondies ou, au contraire, allongées. A Weimar, le vaccin récolté pendant l'été a semblé se conserver moins bien que celui du printemps et de l'automne. A Stettin, on a réinoculé avec succès le suc de la rate d'un veau inoculé. A Weimar, on a inoculé sur une grande échelle la vaccine et la variole dans les cornées de veaux, de porcs, de lapins et de cobayes. A l'Institut de Hambourg, on a régénéré du vaccin à l'aide de cultures sur plaques des coques provenant de pustules de veaux et du sang d'hommes et d'animaux vaccinés.

IV. — En 1893, 156 personnes ont succombé, en Allemagne, à la variole : c'est 48 de plus que l'année précédente et 25 en excédant sur la moyenne des 8 dernières années ; le nombre des localités atteintes a été de 81 et le chiffre des décès varioleux y a oscillé entre 11 et 1 ; ce dernier offert par 56 localités. Le plus grand nombre des décès de variole s'est produit sur les frontières russe et autrichienne. 72 concernent des enfants au-desssus de 2 ans ; 18 des enfants de 3 à 10 ans. Une fillette de 18 mois qui avait 6 cicatrices légitimes de vaccine a été prise de variole et a succombé quelques semaines plus tard, à une affection indépendante.

V. — Ni les éruptions maculeuses, d'ailleurs assez rares à la suite de la vaccination, ni les vaccines généralisées ne doivent être considérées, à

proprement parler, comme des accidents de l'inoculation vaccinale. En revanche, on peut y comprendre l'urticaire, la maliaire et les aggravations de l'eczéma, du prurigo, du psoriasis, de la furonculose et de l'impetigo. Comme règle générale, on ne doit pas vacciner les enfants ayant une éruption. Le pemphigus et le purpura sont deux accidents très rares. La plupart des maladies fébriles de l'enfance exercent une influence sur l'évolution de la vaccine; c'est celle de la scarlatine qui est la plus fâcheuse. Une complication désagréable, c'est le développement d'une stomatite aphteuse due au contage de la cocotte. Généralement les accidents de la vaccine ne sont presque jamais la suite d'une mauvaise qualité du vaccin animal, ils sont dus à l'état morbide de la peau du vacciné ou à des complications d'autre espèce qui viennent troubler le cours normal de la vaccine.

Sur 100,000 vaccinations, Voigt a compté 69 cas d'accidents consécutifs, à savoir 27 eczémas, 11 urticaires, 8 impétigos, 2 psoriasis, 2 purpuras, 1 pemphigus, 3 stomatites aphteuses, 1 furonculose, 2 abcès, adénite axillaire suppurée, 5 ulcérations des boutons, 2 érysipèles et 4 ophtalmies.

VI. — Berthier a vacciné 225 recrues et obtenu des pustules légitimes sur 137. Parmi les 15 hommes ayant au moins six cicatrices d'une vaccine antérieure, 10 ont été revaccinés avec succès; il en a été de même pour 7 des 19 ayant 5 cicatrices; pour 26 des 45 en ayant 4; pour 28 des 39 en ayant 3; pour 28 des 54 à 2 cicatrices; pour 16 des 18 sans cicatrices, et pour 4 des 8 variolés. Il semble donc que les cicatrices ne donnent pas la mesure de l'immunité vaccinale.

Des 88 recrues qui n'ont pas eu de pustules légitimes, 74 ont eu cependant des boutons d'apparence et de volume variés. Parmi les 14 individus qui n'ont eu aucune manifestation locale, se trouvent 8 variolés et 2 hommes vaccinés avec succès depuis moins de 2 ans. Les hommes qui n'ont pas eu de boutons légitimes à la première inoculation de Berthier ont été soumis, 6 et 8 semaines plus tard, à deux nouvelles vaccinations avec un vaccin animal d'autre provenance; tandis que la troisième inoculation est restée nulle chez tous, la deuxième a donné lieu à 3 boutons de faux vaccin chez un seul homme, un des 4 chez qui l'état réfractaire ne s'expliquait ni par une variole antérieure, ni par une vaccination récente. En somme, dans l'espace de 2 mois, les hommes vaccinés sans boutons légitimes ont été inoculés à 3 reprises; chez tous, sauf 3, l'inoculation vaccinale s'est traduite par des éruptions bâtardes offrant ce caractère essentiel de n'apparaître qu'une seule fois, ce qui montre qu'elles n'étaient pas de nature banale, purement irritative. Trois mois plus tard, Berthier a soumis à une quatrième vaccination les hommes qu'il avait déjà inoculés 3 fois; 2 seulement, qui avaient eu une fausse vaccine lors de la première opération, ont encore offert une légère réaction locale.

Berthier n'a pas réussi à donner la revaccine par la lymphe des boutons de faux vaccin à des hommes qui ont ensuite été revaccinés avec succès en employant d'autre vaccin.

Il conclut que la pustule ombiliquée n'est pas le seul bouton vaccinal qui confère l'immunité qui est conférée également par la fausse vaccine ou vaccinoïde observée chez les revaccinés qui ont recouvré seulement

une réceptivité faible à l'égard de la vaccine. La croûte vaccinale pourrait être acceptée comme un critère de la vaccine efficace. J. B.

Bactériologie du lait de Saint-Pétersbourg, par M.-P. ZAKHARBEKOW (*Thèse de St-Pétersbourg*, *1895*).

L'examen de 76 échantillons de lait de provenances diverses a donné comme nombre moyen de microbes par centimètre cube :

Lait porté à domicile	36,357,000
Lait des épiceries	32,660,000
Lait sur le marché	21,615,000
Lait des fermes	4,606,000
Lait de la ville	1,789,000

Si l'on compare ces chiffres avec le nombre des microbes trouvé dans le lait d'autres grandes villes, on voit que le lait de Saint-Pétersbourg n'est pas plus pur. En effet, on a trouvé par centimètre cube de lait :

à Munich	4,000,000	microbes
à Warzbourg	7,535,000	»
à Odessa	29,850,000	»
à Halle	30,700,000	»
à Saint-Pétersbourg	115,300,000	»
à Dorpat	116,817,200	»
à Giessen	169,632,000	»

Les inoculations faites avec 4 centimètres cubes de lait dans la cavité péritonéale des cobayes ont fait périr 14 cobayes sur 80 inoculés, soit 17,5 0/0. La mort des animaux était due : au bacille de Koch, 4 fois ; au staphylocoque doré, 3 fois ; au streptocoque et au staphyl. doré, 2 fois ; au coli-bacille, 2 fois ; au microbe pyogène fétide de Passet, 1 fois ; au pneumocoque 1 fois ; au bacille de la morve (probable), 1 fois. Le taux de virulence tuberculeuse est pour toutes les espèces de lait de 5,63 0/0 ; pour le lait de la ville proprement dit de 9,19 0/0. H. FRENKEL.

I. — Die Brullé'sche Methode zur Untersuchung von Butter, par C.-A. LOBRY DE BRUYN (*Chem. Zeitung*, *XVIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 4*, *p. 180*, *15 février 1895*).

II. — Das Oleorefraktometer in der Butteranalyse, par le même (*Ibid.*, *p. 181*).

III. — La recherche de la margarine dans le beurre, par SCYDA et WOY (*Revue internat. des falsif.*, *VIII*).

IV. — Microscope polarisant et réfractomètre pour l'examen du beurre, par C. BESANA (*Staz. sperim. agr. ital.*, *1894*).

V. — Eine einfache Methode zur Untersuchung von Butter auf fremde Fette, par C. KILLING (*Chem. Zeitung Repert.*, *XVIII*, *et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 7*, *p. 324*).

VI. — Arrêté royal belge du 11 mars 1895 sur le commerce du beurre et de la margarine (*Mouvem. hygiénique*, *XI*, *n° 5*, *p. 233*).

VII. — De l'addition d'huiles végétales à la margarine, par JUNGFLEISCH (*C. R. du Conseil de salubrité de la Seine*, *5 avril 1895*).

1. — La méthode d'examen du beurre de Brullé est basée sur le degré

différent de dureté que prennent les beurres naturels et artificiels oxydés avec l'acide azotique; tandis que, généralement, le beurre naturel reste très mou, l'artificiel devient très dur. Le degré de consistance est évalué au moyen de l'oléogrammètre dont l'extrémité de la tige est appliquée sur le beurre oxydé; la valeur des poids qui font enfoncer la tige sert de mesure pour la dureté, que Brullé fixe à 250 grammes pour le beurre naturel et à 5 kilogrammes pour la margarine. Naturellement, la surperficie de la partie de l'instrument qui pénètre dans le beurre a une grande importance, mais Brullé ne l'indique pas. Lobry s'est efforcé de la déterminer et estime que le diamètre de 10 millimètres répond le mieux aux données de Brullé. La température a aussi de l'importance; elle doit rester constamment à 21 degrés. Somme toute, la méthode est peu utilisable. Lobry a rarement réussi à constater l'existence de 10 0/0 de margarine, même exclusivement composée de graisse animale. Le seul point exact, c'est que le beurre naturel ne donne jamais des chiffres élevés, tandis que la margarine pure, préparée avec des graisses d'animaux, fournit de hauts chiffres; mais beaucoup de sortes de beurre naturel falsifié avec de la margarine fournissent les mêmes chiffres que le beurre naturel dont les échantillons, provenant des diverses régions des Pays-Bas, peuvent présenter des différences atteignant jusqu'à 50 0/0 dans la valeur des poids nécessaires à l'enfoncement de l'oléogrammètre.

II. — Lobry de Bruyn critique certaines conclusions que H.-D. Richmond a tirées de la différenciation du beurre naturel et de la margarine, à l'aide de l'oléoréfractomètre d'Amagat et de Jean. Ainsi Richmond prétend que les beurres naturels doivent indiquer de 28 à 34 degrés, que le beurre marquant moins de 28 degrés renferme vraisemblablement de la margarine et doit faire l'objet d'un examen relativement à sa teneur en acides gras volatils; enfin que le beurre marquant moins de 20 degrés est adultéré avec au moins 50 0/0 de margarine. Mais du beurre naturel hollandais de bonne qualité n'indique souvent que de 21 à 26 degrés et des sortes différentes de margarine fournissent des chiffres si divergents, qu'il est impossible d'accepter la donnée que du beurre marquant moins de 20 degrés contienne moitié de margarine.

Lobry de Bruyn, quand il recourt à la méthode de saponification du beurre par acide sulfurique due à Kreis et à Pinette (*R. S. M.*, XLIII, 126), se sert, pour oxyder l'acide sulfureux, non de permanganate de potasse, mais d'une solution de peroxyde d'hydrogène qui met à l'abri de toute oxydation des matières organiques. Avec le procédé de Kreis et de Pinette on trouve toujours une proportion d'acides gras volatils supérieure à celle que donne la méthode de Reichert et de Meissl.

III. — Scyda et Woy, après avoir recherché la margarine dans le beurre à l'aide des méthodes de Köttstorfer, de Reichert, de Meissl et d'Hehner (*R. S. M.* XI, 452), concluent que la plus exacte des trois méthodes est celle de Köttstorfer qui permet encore de reconnaître nettement la présence de 5 0/0 de margarine.

IV. — En employant la méthode de Pennetier (*R. S. M.* XLIII, 126), Besana a reconnu qu'on pouvait déceler l'existence de 5 0/0 de margarine dans le beurre. On peut reconnaître également, non seulement toutes les graisses étrangères à structure cristalline, mais encore les acides borique,

salicylique, la lactose, etc., le beurre vieux, rance, très sali par des poussières, le beurre fondu et le beurre chauffé un certain temps au-dessus de 22 degrés. Bien que cette méthode ne soit pas irréprochable, elle mérite d'être employée comme procédé de sélection sûr, quand il s'agit de nombreux échantillons.

Quant à l'oléoréfractomètre de Zeiss, Besana a constaté qu'à 35 degrés l'indice de réfraction du beurre pur oscille entre 44,8 et 47 et celui de l'oléomargarine entre 50 et 51. Il en conclut que cet instrument ne peut servir non plus que de moyen de sélection, parce que seul peut être regardé comme pur le beurre dont l'indice est inférieur à 46.

V. — Killing décèle les graisses étrangères ajoutées au beurre, par l'étude de sa viscosité; il a imaginé, à cet effet, un appareil spécial. Si le chiffre de la viscosité pour l'eau distillée à 20 degrés est de 100, celui du beurre est représenté par 276,3. La viscosité du beurre naturel n'oscille que dans des limites très étroites. La proportion de margarine mélangée se calcule avec l'aide d'une formule.

VI. — La dénomination de beurre est exclusivement réservée à la matière grasse extraite par le barattage du lait ou de la crème, avec ou sans addition de matières colorantes et de sel. Les graisses alimentaires autres que le beurre et offrant de l'analogie avec lui, seront désignées sous le nom de margarine. La margarine destinée à la vente ne pourra contenir, en fait de beurre, que la minime proportion provenant de l'addition de lait ou de crème, généralement considérée comme indispensable pour sa fabrication, soit tout au plus 5 0/0; elle ne pourra offrir une coloration jaune plus foncée que celle du type fixé par arrêté ministériel du 30 mars. Les dispositions relatives au maximum de teneur en beurre, ainsi qu'à la coloration de la margarine ne sont pas applicables aux produits à destination directe de l'étranger. Il est défendu d'exposer en vente de la margarine et du beurre dans le même lieu ou dans des locaux communiquant entre eux. Il est également interdit aux marchands de beurre de tenir de la margarine, même pour leur consommation personnelle, dans les locaux où le beurre est exposé en vente. Tous établissements vendant de la margarine, de même que les voitures servant à son transport, doivent porter l'inscription « vente de margarine » en caractères d'au moins 20 centimètres de hauteur et dégagée de toute autre mention. Même inscription en caractères de 2 centimètres est exigée sur les récipients ou enveloppes. Défense d'additionner le beurre et la margarine d'antiseptiques ou de glycérine, etc.

VII. — Pour augmenter le rendement, les fabricants de margarine y introduisent des huiles végétales riches en oléine (huile de semences de coton en Amérique; huiles d'arachides et de sésame en France). Jungfleisch ne croit pas que cette introduction d'huiles végétales comestibles dans les graisses alimentaires ait pour but d'utiliser des corps gras peu coûteux mais susceptibles de nuire à la santé des consommateurs. J. B.

I. — Beiträge zur physikalischen Beschaffenheit des Brotes, par K.-B. LEHMANN et SPIRO (*Arch. f. Hyg.*, *XXI*).

II. — Ueber ein direkt aus den Getreidekörnern (ohne Mehlbereitung) hergestelltes Brot, par K.-B. LEHMANN (*Ibidem*).

III. — Pilzflora des Sauerteigs, par A. WOLFFIN (*Ibidem*).

IV. — Bleivergiftungen in Folge der Vervendung von geschmolzenem Bleizucker zum Ausbessern eines Mühlsteines, par PRITZKOW (*Zeitschr. f. Hyg., XVII*, et *Hyg. Rundsch., V, n° 6, p. 280*).

V. — Influence de l'alun, de l'oxyde hydraté et du phosphate d'aluminium sur la digestibilité du pain, par W.-D. BIGELOW et C.-C. HAMILTON (*Journ. of Amer. chem. Soc., 1894*).

I. — La teneur en eau du pain frais varie entre 42 et 46 0/0. Le poids spécifique des parties poreuses du pain oscille dans des limites étendues, de 0,24 à 1 ; il dépend entièrement du volume des pores. Les dimensions des pores et leur volume total offrent un parallélisme assez exact. Plus la farine est moulue grossièrement, plus le volume des pores est petit. Le pain de froment a des pores plus grands et un volume de pores plus considérable que celui de seigle. L'épaisseur de la croûte s'oppose puissamment au ratatinement de la surface du pain pendant la dessication. Les pores du pain adhèrent en partie les uns aux autres. Le pouvoir d'imbibition du pain s'accroît en raison directe du volume de ses pores et de leurs dimensions. Le pain rassis a perdu une grande partie de son pouvoir d'imbibition qu'on peut lui restituer en le chauffant ou en employant de l'eau chaude.

II. — Gelinck fait du pain sans farine ; les grains de blé, après nettoyage et trempage, sont concassés et pressés successivement à travers des tamis ayant, les premiers, des orifices de 2 millimètres, les seconds, de $1^{mm},1/2$. La pâte ainsi obtenue subit, comme d'habitude, l'action du levain. Il résulte des expériences que Lehmann a instituées sur deux sortes de pain de seigle de Gelinck, l'une avec grains décortiqués au préalable, l'autre, sans décortication, que si cette dernière opération rend un peu meilleure l'assimilation de la substance sèche, le pain de Gelinck n'en reste pas moins inférieur au mauvais pain de munition, et se rapproche, à cet égard, du gros pain grossier de l'Allemagne du Nord. En tous cas, il y aurait lieu d'apporter à sa fabrication deux perfectionnements consistant, l'un, à décortiquer les grains, l'autre, à user de tamis beaucoup plus fins pour préparer la pâte.

III. — Certains auteurs considèrent que les seuls microrganismes actifs dans la fermentation du levain sont les cellules de levure, tandis que d'autres font jouer un rôle important aux bactéries ; Wolffin se range parmi ces derniers. S'il est vrai que les cultures sur plaques de gélatine font saillir au premier rang les colonies de levure, les cultures en bouillon sucré les réfrènent et donnent ainsi des résultats concordant avec l'examen microscopique du levain qui fait percevoir des masses considérables de germes bactériens. La levure cultivée par Wolffin, aux dépens d'un levain de Wurtzbourg, possédait toutes les particularités du saccharomyces minor. Parmi les espèces bactériennes, la plus importante est celle que Wolffin et Lehmann ont baptisée bacill. levans. C'est un bacille petit, court, rond à ses extrémités, assez mobile, ne formant pas de spores, ne se colorant pas par le traitement de Gram, croissant déjà à la température ordinaire sur tous les sols nourriciers et anaérobie facultatif. Dans les liquides sucrés, il dégage d'abondants gaz, constitués pour

70 0/0 par de l'acide carbonique. En outre, il fournit une grande quantité d'acides consistant surtout en acétique et lactique. Bien qu'il produise trois fois plus d'acide carbonique que le bacille banal du colon, qu'il ne coagule point le lait, ne fasse pas fermenter la lactose et ne donne aucune réaction d'indol, Wolffin regarde le bacill. levans, sinon comme identique au bacille banal du colon, au moins comme rentrant dans le groupe des bacilles coliques. Il en résulterait que le bacille banal du colon ne serait nullement spécifique des matières fécales et que sa présence dans l'eau n'indiquerait pas nécessairement que celle-ci fût souillée par des excréments.

Quelques autres espèces bactériennes trouvées par Wolffin dans le levain concordent, à beaucoup d'égards, avec les espèces B, D, E, signalées aussi dans le levain par Peters.

D'autres expériences sur la fermentation de la farine ont appris à Wolffin que la farine renferme déjà, par elle-même, le bacill. levans, que partant elle peut fermenter sans addition de levain et fournir un mélange de gaz correspondant parfaitement à celui que produit le bacille levans dans de la farine stérile. Mais dans cette fermentation spontanée de la farine, il naît des quantités variables d'hydrogène qui manquent dans les gaz du levain.

IV. — En novembre et décembre 1893, un certain nombre d'habitants d'une localité voisine de Giessen présentèrent les symptômes du saturnisme. L'enquête révéla la présence, dans la farine et le pain, d'une proportion considérable de plomb (jusqu'à 0,068 0/0), sous forme de sel soluble dans l'eau. Renfermait également du plomb, la matière avec laquelle on avait rhabillé une meule dans le moulin producteur de la farine ; ce plomb était sous forme d'acétate qui constituait presque à lui seul la masse de remplissage.

V. — Bigelow et Hamilton ont trouvé que le pain additionné d'alun ou d'oxyde hydraté d'alumine ne se digérait pas aussi bien que le pain pur de tout mélange semblable. L'influence de l'hydrate d'oxyde d'alumine est égale à celle de la proportion équivalente d'alun que contient habituellement la poudre pour boulanger. Celle du phosphate d'aluminium est très différente, car 10 à 12 0/0 des substances albuminoïdes qui étaient digestibles en présence d'alun ou d'oxyde hydraté d'alumine, semblaient être insolubles en présence de la quantité équivalente de phosphate. (*R. S. M.*, XLIII, 123.) J. B.

I. — Circulaire belge du 20 avril 1894 concernant les viandes destinées à l'exportation (*Mouvem. hygiénique, XI, n° 2, p. 58 et 59*).

II. — Königreich Preussen. Gutachten der technischen Deputation für das Veterinärwesen über die Anlage..... (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch Hyg.*, *IV*).

III. — Gemeindebeschluss betreffend die Untersuchung des von ausserhalb nach Berlin eigeführten frischen Fleisches..... (*Ibid.*, *V*).

IV. — Hamburg. Gesetz vom 19 März 1894, betreffend die Einführung des Schlachtzwanges und der Fleischschau (*Mittheil. f. Thierärzte, I, et Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 4*, *p. 174*).

V. — Die amtliche Tabelle der Betriebs resultate der preussischen Schlachthäuser... par SCHMALTZ (*Hyg. Rundsch.*, *V*, *n° 13*, *p. 625*).

VI. — Bericht über die Fleischbeschau im Kgr. Sachsen im Jahre 1893, par EDELMANN (*Hyg. Rundsch., V, n° 4, p. 572*).

VII. — Zur Breslauer Fleischvergiftung, par HERRMANN (*Zeitschr. f. Fleisch.-und Milch-Hyg., IV*).

VIII. — Détermination de la présence de viande de cheval dans certains saucissons, par NOCARD (*C. R. Conseil de salubr. de la Seine, 1 et 15 février 1895*).

IX. — Zur Frage des chemischen Nachweises von Pferdefleisch, par NIEBEL (*Hyg. Rundsch., V, n° 12, p. 574*).

X. — Réponse au précédent, par BRÄUTIGAM et EDELMANN (*Ibid.*).

XI. — Zum Import von amerikanischen Schladstivch, par BOYSEN et VOLLERS (*Mittheil. f. Thierärzte, I, et Hyg. Rundsch., V. n° 4, p. 171*).

XII. — Zur Einfuhr gefrorenen australischen Fleisches, par OSTERTAG (*Zeitschr. f. Fleisch-und Milch-Hyg., IV, et Hyg. Rundsch., V, n° 4, p. 170*).

XIII. — Ueber Fleischbeschau....., par MARX (*Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundh., XXVII, p. 492*).

I. — La circulaire ministérielle belge (20 avril 1894) rappelle que l'arrêté royal du 9 février 1891 ne fait aucune distinction entre les animaux abattus pour la consommation du pays et ceux abattus pour l'exportation; elle les soumet tous à l'expertise sanitaire. La suppression de cette expertise aurait des conséquences fâcheuses pour les exportateurs eux-mêmes, dont les produits ne tarderaient pas à être suspectés et dépréciés. En outre, l'expertise est encore justifiée par le fait que les issues, la graisse et le sang des animaux, dont la viande est destinée à l'étranger, sont consommés en Belgique.

II. — Le Comité vétérinaire de Prusse, consulté sur l'installation et le fonctionnement des abattoirs et marchés aux bestiaux, a édicté un certain nombre de prescriptions ayant pour but essentiel de prévenir la propagation des maladies contagieuses des uns aux autres de ces établissements. Abattoir et marché doivent être assez séparés pour que les animaux et les objets contaminés ne puissent arriver du premier au second. L'accès des étables du marché ne doit être permis aux bouchers et autres personnes, qu'après un nettoyage soigneux de leurs vêtements et chaussures. La sortie d'animaux de l'abattoir ne peut avoir lieu qu'avec l'autorisation de la police et dans le seul but de les transporter par chemin de fer dans un autre abattoir soumis à la surveillance vétérinaire. Des rampes de débarquement et des étables spéciales dans l'abattoir doivent être exigées pour les bêtes malades ou suspectes. A leur entrée comme à leur sortie, les animaux doivent être examinés par des vétérinaires. Les animaux destinés à être abattus et ceux destinés à l'exportation ne doivent pas suivre les mêmes voies. Des rampes de débarquement spécial doivent être réservées aux porcs, pour éviter leur contact avec les bœufs et moutons. Le marché aux bestiaux doit posséder, à proximité de l'abattoir, une grande étable d'observation pour les animaux malades ou suspects. Le fumier doit être désinfecté avant d'être enlevé, etc., etc.

III. — L'administration municipale berlinoise a décidé, le 17 février 1894, que toutes les viandes fraîches amenées de l'extérieur, à destination d'hôtels et de restaurants, seraient, avant toute préparation culinaire,

soumises à l'inspection sanitaire. Malheureusement, la masse de viande importée du dehors pour la fabrication des saucisses, échappe encore à cette surveillance, dont l'urgence ressort, entre autres, du fait suivant : Dernièrement, le service d'inspection de Berlin a dû saisir 70 quintaux de viande désossée venant du Danemark et destinée aux charcutiers ; cette viande présentait de graves altérations tuberculeuses.

IV. — La loi hambourgeoise du 19 mars 1894 prescrit que tout abatage de bêtes pour la consommation locale aura lieu à l'abattoir central ; en cas d'abatage d'urgence fait sur place, un vétérinaire devra être présent et la viande sera immédiatement transportée au poste d'inspection le plus rapproché. Ni bouchers ni commerçants ne peuvent mettre en vente de viande d'animaux abattus, hors de l'abattoir, dans une zone de 50 kilomètres. Avant et après leur abatage, les bêtes sont l'objet d'un examen de vétérinaire et les porcs sont en outre soumis à un examen microscopique, en vue des trichines. Toutes les viandes fraîches reçues de l'extérieur, même par les aubergistes ou restaurateurs, devront être aussitôt portées aux postes d'inspection. Pourront être dispensées de ces formalités, les viandes réexportées, soit en nature, soit après préparation industrielle.

V. — Il a été abattu en Prusse, dans les 12 mois compris d'avril 1893 à avril 1894, 695,882 bovidés, dont 4,413 ont été totalement et 5,509 partiellement exclus de la consommation ; 1,027,480 veaux, sur lesquels 2,130 ont été entièrement et 376 partiellement rejetés ; 1,114,972 moutons dont 1,164 ont été en entier et 1,646 en partie éliminés ; 2,159,302 porcs, sur lesquels 10,746 ont été totalement et 16,890 partiellement exclus de la consommation.

Les motifs d'exclusion ont été la tuberculose pour 8,9 0/0 chez les bovidés (la proportion oscille entre 1,2 0/0 à Hanovre, 14,6 à Berlin et 17,5 à Magdebourg) ; pour 0,66 0/0 chez les porcs (maxima à Dantzig, 32 pour mille et à Slesvig, 37 pour mille ; à Berlin, 7) ; pour 0,04 0/0 chez les veaux et pour 0,07 chez les moutons et chèvres. 686 bœufs, dont 284 à Berlin, étaient atteints de cysticerques (minimum à Dusseldorf et maximum à Dantzig). Les porcs atteints de cysticerques étaient 3 1/2 fois plus nombreux (minimum à Sigmaringen, maximum à Marienwerder, 1 sur 45) ; ces chiffres sont très analogues à ceux des années antérieures ; les cysticerques sont toujours beaucoup plus communs dans les 6 provinces orientales que dans les occidentales. 565 porcs étaient trichineux, soit 38 0/0 de moins que dans l'année précédente. C'est dans les provinces de Posen (1 sur 229) et de la Prusse occidentale, que les trichines sont le plus répandues.

Les viandes amenées du dehors comprenaient 81,082 bovidés, 248,058 veaux (le quart de la consommation), 88,770 moutons ou chèvres et 184,090 porcs. Ont été éliminés entièrement, 280 bœufs, 493 veaux, 25 moutons et 145 porcs, dont 13 pour trichines ; ont été éliminés partiellement, 117 bœufs, 376 veaux, 1,374 moutons ou chèvres et 318 porcs.

D'autre part, il a été abattu, pour la boucherie, 58,306 chevaux, dont 10 morveux et 93 tuberculeux. C'est dans les districts à population polonaise que la consommation de la viande de cheval est la moindre.

Le nombre des tueries de chevaux était de 301, celui des abattoirs

généraux de 278 ; 131 d'entre eux ont des étaux de basse boucherie. Les provinces de Sleswig et de Hanovre n'ont chacune qu'un abattoir.

VI. — En 1893, 26 des villes de Saxe possédaient un service d'inspection des viandes qui a examiné 659,840 bêtes, en rejetant 36,339, dont 1,823 ont été détruites, tandis que 3,503 ont été dirigées sur les étaux de basse boucherie. Etaient tuberculeux, 12,630, soit 18,26 0/0 des bovidés, 222 veaux (0,12 0/0), 5,100 porcs (1,64 0/0), 25 moutons (0,11 0/0), 2 chèvres (0,14 0/0), 2 chevaux (0,08) et 1 chien (0,34). Etaient atteints d'actinomycose, 185 bœufs et 25 porcs ; de cysticerques, 44 bœufs, 3 veaux et 1,174 porcs ; de douves, 3,2 0/0 des bœufs ; d'échinocoques, 2,4 0/0 des bœufs et 0,8 des porcs ; de trichines, seulement 0,008 0/0 des porcs (65 dont 8 nés ou engraissés en Saxe). 7 inspecteurs des trichines ont été révoqués pour insuffisance. Tandis que l'abatage des chevaux augmente, celui des chiens diminue. En ne tenant pas compte du gibier, de la volaille et du petit bétail, la consommation de viande s'élève en Saxe par habitant, à 36 kilogr. 2, dont 21,3 de porc et 14,9 de bœuf.

VII. — Du 14 au 16 octobre 1893, 86 habitants de Breslau, appartenant à 26 ménages différents, ont été pris de gastroentérite aiguë avec herpès, quelques heures après avoir mangé, à l'état crû, un hachis de viande provenant d'une vache malade. La bête, offrant une inflammation du foie et une infiltration aqueuse de tous les muscles, avait été déclarée impropre à l'alimentation et devait être détruite ; mais 4 bouchers en avaient acheté clandestinement la viande qui avait gardé son apparence de fraîcheur et son odeur normales ; seul son mauvais goût avait frappé quelques consommateurs. Les malades ont tous guéri, mais leur convalescence a toujours été très longue et dura plus de 6 mois chez certains. La gravité des accidents fut en rapport direct avec la quantité de viande mangée. Un enfant, qui n'avait que léché une assiette, fut pris des mêmes symptômes d'empoisonnement.

Les souris auxquelles on fit ingérer les restes de la viande succombèrent en 2 ou 3 jours, après une violente diarrhée ; leurs intestins renfermaient, à l'état de cultures pures, un bacille semblable au colique. L'ingestion et l'inoculation de ce bacille provoquèrent les mêmes effets que la viande. Les débitants ont été condamnés à 1 an ou 18 mois d'emprisonnement et à la perte des droits civiques pendant 3 ans.

VIII. — En 1892, on a sacrifié, pour la boucherie, dans les abattoirs de Paris, plus de 20,000 chevaux ; mais les 120 boucheries hippophagiques de la ville ne débitent, comme viande de boucherie, que les bons morceaux ; tout le reste est haché et transformé en saucisson. Dans un premier rapport (12 juillet 1894), Nocard déclarait que la science ne possédait pas de moyen pour reconnaître la nature de viande employée à la fabrication du saucisson. Depuis lors, il a eu connaissance du procédé de recherche de Bräutigam et Edelmann (*R. S. M.*, XLIV, 161 et XLV, 120) et en a vérifié l'exactitude. Voici comment Nocard le met en pratique. La viande ou le produit à examiner est soigneusement haché et mis à bouillir pendant 1 heure dans quatre fois son poids d'eau ; au bouillon ainsi obtenu, on ajoute, après refroidissement, 5 pour 100 en volume d'acide azotique du commerce, puis on filtre sur papier. On verse dans un tube à essai quelques centimètres cubes du bouillon filtré, et l'on fait couler à sa surface, en versant goutte à goutte sur la paroi du tube à

essai, un peu d'eau iodée saturée à chaud ou de liqueur iudo-iodurée de Gram. Il se produit alors, avec le bouillon de cheval, un cercle rouge-brun violacé qui fait complètement défaut avec les bouillons de bœuf, de veau, de mouton, de porc, de chien et de poulet, tandis qu'il se manifeste avec le bouillon de viande de fœtus de vache, de brebis, de truie et de jument; mais cette particularité n'a pas d'importance, puisque la vente de la viande des animaux mort-nés est interdite.

En revanche, les fabricants de saucissons ajoutent volontiers de la fécule ou de la farine à la viande hachée; le bouillon que donnent ces saucissons est toujours un peu louche et chargé d'amidon; quand on y ajoute de l'eau iodée, il se produit une coloration bleue assez intense pour masquer entièrement celle qui caractérise le bouillon de cheval. Pour précipiter cet amidon, il suffit de traiter le bouillon filtré soit par l'alcool à 80°, soit par l'eau de baryte. Nocard conclut qu'on possède un moyen simple de reconnaître la présence de la viande de cheval dans les saucissons, même quand cette viande n'y existe qu'en faible quantité.

IX. — Des recherches antérieures de Niebel lui ont appris que non seulement la viande de cheval, mais encore celle de chien, de chat et de veau nouveau-né ou jeune, renferme assez de glycogène pour rougir au contact de l'iode. Or, la viande de veau, tout au moins, est employée à fabriquer des saucissons, et elle leur donne une teinte rouge-clair, tandis que celle de cheval leur donne une couleur rouge-brun. Pour pouvoir différencier les deux natures de viande, il faudra donc tenir compte de leur couleur, à côté de leur réaction. La difficulté est plus grande quand il s'agit de saucissons contenant de la fécule. Lors même qu'on a précipité l'amidon, la portion qui en est déjà transformée en dextrine suffit pour donner, en présence d'iode, une réaction semblable à celle du glycogène. D'autre part, dans les saucissons de cheval conservés, Niebel n'a le plus souvent pas pu déceler le glycogène qui avait déjà subi une métamorphose. On devra alors pratiquer le dosage de la substance réductrice, et, si la proportion en excède 1 0/0 dans des saucissons de couleur rouge brun, exempts de fécule et de dextrine, on pourra affirmer l'existence de la chair de cheval.

X. — Bräutigam et Edelmann se défendent d'avoir jamais surfait la valeur de leur procédé de recherche. Ils n'ont eu d'autre prétention que de fournir aux experts praticiens un moyen de vérification simple qui ne saurait, dans les cas litigieux, remplacer l'analyse chimique quantitative. La police des substances alimentaires a besoin surtout de décisions rapides qui peuvent n'être pas toujours inattaquables; des éléments de probabilité lui sont indispensables avant de recourir à une véritable expertise chimique.

XI. — Boysen et Vollers veulent réagir contre l'émoi qui s'est produit en Allemagne, à l'occasion du bétail vivant importé des Etats-Unis. Ces bœufs seraient atteints de maladies contagieuses, et ce serait pour cela que les agriculteurs américains les envoient à vil prix en Europe. Or, l'examen vétérinaire, pratiqué avant et après l'abatage de ces 8,000 bœufs, n'a fait découvrir chez aucun ni la péripneumonie contagieuse, ni des distomes du foie, et 4 seulement étaient tuberculeux, sur lesquels 2 ont été entièrement éliminés. Cela ne représente qu'une proportion de

0,05 0/0 de tuberculose, tandis qu'elle s'élève à 8 0/0 dans le bétail indigène abattu à Hambourg.

XII. — Ostertag considère, au point de vue de l'hygiène, la question des viandes congelées d'Australie. D'abord, leur valeur alibile est moindre que celle de la viande fraîche, parce que le dégel leur fait perdre une grande partie des matières extractives qui font la saveur de la viande. Mais leurs dangers, sous le rapport sanitaire, sont plus sérieux. Si la congélation détruit les saprophytes et les cysticerques, elle laisse intacts les bacilles de la tuberculose qui résistent à 8° au-dessous de zéro et ceux du charbon qui supportent une température de moins 110° centigrades sans perdre leur vitalité. De plus, Basenau a montré que la congélation ne tue pas non plus le bacille morbigène du bœuf, qui paraît être la cause d'un certain nombre d'intoxications par les viandes. Enfin, au point de vue de la police vétérinaire, il y a à redouter que ces viandes n'introduisent les germes de la peste bovine, du typhus des bêtes à cornes, qui tolèrent très bien des températures inférieures à 0°. A ces divers égards, l'inspection des viandes congelées aux lieux d'importation n'offre aucune garantie; ce qu'il faudrait, c'est un examen sérieux sur les lieux d'abatage; or il n'existe en Australie aucun service de ce genre.

XIII. — Marx étudie, sous ses différentes faces l'inspection sanitaire des viandes dont il expose l'historique, la réglementation dans les divers pays et le fonctionnement tel qu'il est et tel qu'il devrait être. Il en établit la nécessité, en passant en revue les nombreuses affections des bêtes de boucherie qui peuvent se transmettre à l'homme et en rappelant les genres variés d'intoxication occasionnés par les viandes (botulisme, hachis cru, empoisonnements collectifs par du veau). Tandis que les Etats de l'Allemagne du Sud, Bavière, Wurtemberg et Bade, possèdent un service régulier d'inspection des viandes, rien de semblable n'existe dans l'Allemagne du Nord, notamment en Prusse et en Saxe, où seul est organisé l'examen microscopique de la viande de porc, en vue des trichines.

J. B.

I. — Carnoline, par A. LAM (*Revue internat. des falsif., VIII*).

II. — Ueber die Eignung des Formaldehyds zur Konservirung von Nahrangsmitteln, par LUDWIG (*Oesterreich. Sanitätsw., 1894, et Hyg. Rundsch., IV, n° 23, p. 1090, 1er décembre 1894*).

I. — Les industriels n'ont pas tardé à exploiter les propriétés antiseptiques de l'aldéhyde formique. A Rotterdam, la réclame a lancé un nouvel agent conservateur des aliments, sous le nom de carnoline. Lam qui l'a analysé a reconnu qu'il devait exclusivement ses propriétés au formaldéhyde dont il renferme 1 1/2 0/0. Sans contester le pouvoir antiseptique de l'aldéhyde formique, Lam met en garde contre son usage pour conserver les substances alimentaires, parce qu'au sein de celles-ci il peut facilement contracter des combinaisons qui ne seraient pas sans inconvénients pour la santé. Un autre point qui mérite attention, c'est la difficulté de reconnaître la quantité qui en a été introduite dans les aliments.

II. — En Autriche, c'est sous forme de solution que le formaldéhyde est préconisé pour la conservation des substances alimentaires. Le Con-

seil supérieur d'hygiène a été appelé à s'occuper de la question. Sur le rapport de Ludwig, il a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'autoriser ce moyen de conservation par les deux raisons suivantes. L'innocuité pour l'homme des aldéhydes facilement décomposables n'est pas encore prouvé ni d'une manière générale, ni spécialement, pour le formaldéhyde. De plus il est absolument impossible de s'assurer de l'état de pureté des préparations de ce genre une fois introduites dans les substances alimentaires.

J. B.

A bacteriological study of oysters (huîtres), par Ch. FOOTE (*Med. News, p. 320, 23 mars 1895*).

Étude expérimentale dont on peut conclure que si la multiplication du bacille d'Eberth se produit dans l'huître durant les deux premières semaines, et si après cette époque il y a une diminution progressive dans le nombre des bacilles, on peut retrouver encore ces bacilles, plus de 30 jours après l'infection. Le bacille d'Eberth vit non seulement dans le liquide contenu dans la coquille de l'huître, mais pénètre encore dans l'estomac de l'huître et y vit quelque temps.

Le bacille d'Eberth vit dans le liquide et dans l'estomac de l'huître, plus longtemps que dans l'eau dans laquelle l'huître se développe.

MAUBRAC.

Sur la présence des germes de l'œdème malin et du tétanos dans l'eau de la cale d'un navire, par RIUGELING (*Archives de méd. exp., VII, 3*).

La cale des navires renferme toujours une certaine proportion d'eau stagnante, eau de condensation ou de transsudation ou de lavage : il s'y mêle le plus souvent des détritus animaux ou humains de diverses sortes. Aussi cette eau devient-elle un milieu fermentescible, et putrescible dégageant une odeur infecte, et pouvant n'être pas sans danger pour l'équipage. Dans une observation, l'eau prélevée était un liquide épais, boueux, noirâtre, neutre, d'une odeur putride. Par des examens appropriés, des cultures à l'abri de l'oxygène, et des inoculations à la souris, soit immédiatement, soit après une conservation prolongée, on pouvait mettre en évidence dans cette eau le bacille de l'œdème malin, et le bacille de Nicolaier. Il y aurait là, en cas de traumatisme, un réel danger d'infection, si précisément ces germes ne devaient perdre leur virulence dès qu'ils sont ramenés à l'air et au soleil.

GIRODE.

Sur la souillure du mobilier hospitalier par les microbes, par M.-F. ZELENOFF (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

Les tables des malades dans les salles des hôpitaux contiennent en moyenne à l'hôpital militaire des cliniques de Saint-Pétersbourg : 926 germes par centimètre carré; dans les hôpitaux civils, en moyenne, 5,564 germes par centimètre carré. Les tables couvertes avec de la toile cirée présentent 6 fois plus de microbes que celles non couvertes et peintes à l'huile. Aux endroits où la toile cirée qui couvre les tables est cassée par l'usage, le nombre de microbes est 2 fois et demie plus grand qu'aux endroits lisses. Sur les tables non couvertes et peintes à l'huile, les en-

droits présentant des cassures accusent 3 fois plus de microbes que ceux récemment repeints. Les portions de la table rapprochées du bord sont plus souillées que les autres. Les tables qui ne sont pas repeintes depuis longtemps présentent le plus grand nombre de germes. Parmi les microbes pathogènes, on trouve le plus souvent le diplocoque de la pneumonie, les pyocoque et le bacille de la tuberculose. Les tables des malades dans les salles des hôpitaux peuvent donc ainsi être incriminées comme agents de transmission des maladies. H. FRENKEL.

Sur l'influence du service militaire sur le développement physique des soldats, par HENNING (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

L'auteur a examiné 158 jeunes soldats, pendant la première année du service, tous les mois. Au bout de la première année, 1° la taille a été augmentée dans 98,74 0/0 des cas, en moyenne de 1^{cm},19; 2° le poids du corps a été augmenté en moyenne de 1^{kg},27; dans 71,52 0/0, il y a eu augmentation, dans 28,48 0/0 diminution du poids; 3° la circonférence du thorax, dans la forte inspiration, a été augmentée de 2^{cm},13, augmentation dans 85,44 0/0 des cas, diminution dans 6,96 0/0, état stationnaire dans 7,6 0/0; 4° la circonférence du thorax, dans la forte expiration, est diminuée de 0^{cm},52; diminution dans 56,33 0/0, augmentation dans 32,28 0/0, état stationnaire dans 11,39 0/0; 5° à l'état de repos, la circonférence du thorax est augmentée de 1^{cm},04, augmentation dans 65,82 0/0, diminution dans 20,89 0/0, état stationnaire dans 13,29 0/0; 6° l'excursion thoracique est augmentée de 2^{cm},68, augmentation dans 96,2 0/0, diminution dans 0,63 0/0, état stationnaire dans 3,17 0/0; 7° la capacité vitale est augmentée de 251 centimètres cubes, augmentation dans 77,22 0/0, diminution dans 12,03 0/0, état stationnaire dans 10,75 0/0; 8° la force d'inspiration est augmentée de 4^{mm},94, la force d'expiration est augmentée de 92 millimètres; 9° la force musculaire de la main droite est augmentée de 3^{kg},45, augmentation dans 77,85 0/0, diminution dans 15,82 0/0, état stationnaire dans 6,33 0/0; 10° la force musculaire de la main gauche est augmentée de 4^{kg},66, augmentation dans 88,61 0/0, diminution dans 6,96 0/0, état stationnaire dans 4,43 0/0 des cas.

Pour juger de l'influence du service militaire lui-même, il faudrait faire des recherches comparatives sur des jeunes gens du même âge en dehors du service. H. FRENKEL.

I. — L'usage de la bicyclette au point de vue de l'hygiène. Discussion de la Société de médecine publique (*Revue d'hyg., XVI, p. 955 et 1096, et XVII, p. 40, novembre et décembre 1894 et janvier 1895*).

II. — Cycling and its effects, par Benjamin RICHARDSON (*Brit. med. Journ., p. 139, 19 janvier 1895*).

I. — Intéressants débats auxquels ont pris part un certain nombre de médecins se livrant à l'exercice de la bicyclette. L'unique inconvénient sanitaire de la bicyclette est la congestion des organes génito-urinaires, résultant soit d'une mauvaise forme de selle, soit d'une mauvaise position sur la selle. Pour éviter cette compression du périnée et du bulbe, il faut avoir une selle à pommeau ou bec antérieur pas trop relevé et à poignées

de guidon un peu plus hautes que la selle, sur laquelle on doit s'asseoir en reposant sur les ischions et non à califourchon. Si, au lieu de cette attitude droite, on se penche légèrement en avant, que ce soit les lombes qui se fléchissent et non le siège qui s'incline, le bassin doit être horizontal et les muscles dorsolombaires doivent travailler pour amortir les trépidations. Mais, même la position vicieuse, penchée, ne peut entraîner des déformations du squelette, parce que, à l'inverse de celle des écoliers, c'est une attitude active et non passive. La bicyclette doit être munie d'un frein, et, pour ne pas s'exposer au surmenage, on ne dépassera pas la vitesse de 12 à 18 kilomètres à l'heure, suivant la force et l'âge. Les femmes bicyclistes porteront un corset ne remontant guère plus haut que la ceinture, afin de laisser le thorax et la respiration libres. Elles s'abstiendront de pédaler dans l'état de menstruation et dans celui de grossesse. Ce sont là à peu près les deux seules contre-indications qu'ait dictées à Mme Gaches-Sarrante son expérience personnelle, tandis que Sicard n'hésite pas à y joindre la rétroversion utérine. Un autre point litigieux, c'est de savoir si la bicyclette doit être conseillée aux garçons de 11 à 16 ans, à cause de l'évolution des organes génitaux. Il est vraisemblable qu'il s'agit là d'une question d'espèce, car Briand dit l'avoir prescrit fructueusement pour mettre fin à des habitudes de masturbation.

Comme procédé de cure, la vélocipédie trouve son emploi dans l'obésité, les hémorroïdes (observation personnelle de 2 médecins), les varices des membres inférieurs, le rhumatisme chronique, la goutte articulaire chronique en dehors des accès, la gravelle rénale en dehors des coliques et la neurasthésie (*R. S. M.*, XLIV, 520). J. B.

II. — L'usage de la bicyclette accélère certainement la circulation et le pouls, ce qui finit par développer, à la longue, le cœur. Voici les conclusions des recherches de l'auteur, bicycliste intrépide.

1. On peut permettre, et même recommander la bicyclette aux personnes qui n'ont pas le cœur malade, à la condition d'en user modérément.

2. Dans les cas de maladies de cœur, la bicyclette n'est pas absolument contre-indiquée. Elle peut être utile quand l'action du cœur est faible et qu'il existe des signes de dégénérescence graisseuse. C'est un exercice musculaire comme un autre, qui agit efficacement sur la nutrition du muscle cardiaque.

3. L'excès de la bicyclette est fort dangereux pour le cœur. Il devient hypertrophié, irritable et désordonné dans ses battements.

4. L'excitabilité cardiaque anormale fatigue, à la longue, les artères et favorise les dégénérescences secondaires viscérales.

5. Les personnes nerveuses verront souvent se produire des palpitations.

6. La bicyclette est tout à fait contre-indiquée quand il y a des lésions des artères périphériques (anévrismes, athérome, état crétacé des vaisseaux, etc.).

7. Les varices sont plutôt améliorées qu'aggravées par l'exercice de la bicyclette.

8. Trois choses sont surtout préjudiciables : l'ascension rapide des

collines, surtout contre le vent; la fatigue excessive; l'usage des boissons alcooliques comme stimulant. H. FRENKEL.

L'hygroma des lesteurs, par Paul POUGET (*Arch. prov. de chir., p. 7, 1895*).

Les lesteurs sont des ouvriers transportant du sable du bateau dans lequel on l'apporte sur le quai d'un port. Ils emploient un panier d'osier, pouvant contenir de 80 à 100 kilogrammes de sable, qu'ils placent sur leur épaule, toujours la même, tantôt la droite, tantôt la gauche. Sous cette influence, la bourse séreuse sus-acromiale se développe et détermine une tumeur nettement délimitée, légèrement adhérente à l'os, durcissant pendant le travail, et, sous l'influence du repos, prenant une consistance assez molle. En vieillissant, cet hygroma donne à la pression la sensation d'une masse cartilagineuse.

Ces tumeurs sont une production naturelle du squelette, aussi ne doit-on pas intervenir chirurgicalement. Elles sont intéressantes au point de vue médico-légal, étant presque constantes chez les lesteurs.

F. VERCHÈRE.

I. — Ueber die Verbrennungsprodukte des Leuchtgases und deren Einfluss auf die Gesundheit, par H.-Chr. GEELMUYDEN (*Arch. f. Hyg., XXII, et Hyg. Rundsch., V, n° 11, p. 505, 1er juin 1895*).

II. — Ueber das Auer'sche Gasglühlicht unter besonderer Berücksichtigung der Verbrennungsprodukte desselben, par A. LUEBBERT et J. BRÄUTIGAM (*Pharm. Centralhalle, XXXV, et Hyg. Rundsch., IV, n° 23, p. 1068, 1er décembre 1894*).

III. — Ueber Gasglühlicht, par M. RUBNER (*Hyg. Rundsch., V, n° 5. p. 193, 1er mars 1895*).

IV. — Rapport sur le classement des carburateurs, par SCHUTZENBERGER (*C.-R. Conseil d'hyg. de la Seine, I, n° 2, p. 21*).

I. — Expériences faites à Christiania. Parmi les produits de combustion du gaz dans le bec fendu ordinaire et dans le bec Argand, ne se trouvent ni hydrogènes carbonés, ni oxyde de carbone ; le gaz incandescent d'Auer en fournit des quantités insignifiantes pour la santé. Le gaz d'éclairage en brûlant ne donne pas lieu à des quantités appréciables d'acides volatils autres que les acides carbonique et sulfureux. Geelmuyden n'a pu y constater la présence ni d'acide cyanhydrique, ni d'arsenic. Il n'y a trouvé qu'une très faible proportion d'acide nitreux (au maximum $0^{gr},0004$ dans 100 litres d'air). Les produits de combustion renfermaient $0^{cc},364$ de bioxyde de soufre par litre et se composaient pour le reste de $0^{l},739$ d'eau et $0^{l},261$ d'acide carbonique. Cette eau elle-même ne contient que très peu de substances dissoutes, formées en majeure partie par les acides sulfurique ou sulfureux ; il n'y a pas rencontré d'ammoniaque. Injectée à hautes doses sous la peau ou dans les veines de lapins, elle n'a entraîné aucun effet morbide. D'autre part, des souris ont été laissées sans inconvénients trois jours durant dans une atmosphère fortement viciée par les produits de la combustion du gaz d'éclairage ; cette atmosphère renfermait de 1 à 3 0/0 d'acide carbonique, sans que la spectroscopie révélât dans le sang de ces animaux trace d'oxyde de carbone.

Geelmuyden a également analysé l'air de pièces d'habitation éclairées au gaz d'une façon immodérée. Il assure qu'il faut des circonstances exceptionnelles pour que l'altération de l'atmosphère par l'acide carbonique atteigne 1 0/0. Si dans les pièces mal ventilées, la teneur en acide carbonique peut facilement s'élever à 6 ou 8 dixièmes 0/0, dans celles dont la ventilation est convenable, elle n'excède guère 2 ou 3 dixièmes 0/0. Quant à la proportion d'acide sulfureux, elle arrive à peine à un millième ou un millième et demi en volumes centésimaux. Toujours le dégagement de chaleur est moindre avec le gaz qu'avec les bougies, et avec le bec Auer il est même inférieur à celui d'une lampe à pétrole. Geelmuyden conclut de ses expériences qu'on n'a aucun motif de prétendre que l'éclairage au gaz soit plus fâcheux pour la santé que l'éclairage avec toutes les autres substances produisant de la lumière par combustion.

Un jardinier de Christiania a fait, d'autre part, la remarque que l'éclairage au gaz ne nuit nullement aux espèces de palmiers et à la plupart des plantes bulbeuses d'appartements.

II. — Il résulte des analyses de Lübbert et Bräutigam que les gaz de la combustion du bec Auer se composent d'acide carbonique, d'azote et d'un peu d'oxygène, tandis qu'ils ne renferment ni hydrogènes carbonés, ni oxyde de carbone. 150 litres de ces produits de combustion fournissent un milligramme et deux dixièmes d'acide carbonique, correspondant à six dixièmes de centimètre cube d'oxyde de carbone, soit une proportion de 4 millièmes 0/00, cinquante fois plus faible que celle de 2 dixièmes pour mille qui constitue la limite de tolérance et d'innocuité.

III. — A la longue, le bec Auer perd de son intensité lumineuse (22,4 0/0), mais moins que la lampe à incandescence électrique (20,2). En égard à sa consommation modérée de gaz, c'est une lumière très économique, qui à Berlin au moins, peut, comme prix, faire concurrence au pétrole. Certains se sont plaints de la teinte de sa lumière dans laquelle prédominent beaucoup les rayons à ondes courtes qui en rapprochent le spectre de celui de la lumière à arc électrique. Rien ne serait plus facile d'avoir avec le bec Auer une lumière jaune, mais alors on le dépouillerait d'une autre qualité, l'intensité lumineuse qui tient justement à l'abondance des rayons verts et des rayons à courtes ondes. Tout ce qu'on peut faire, c'est de se servir de cheminées en verre saumon. A part la lampe à arc électrique et la lampe à magnésium, le bec Auer est la source lumineuse qui rayonne le moins de calorique, d'où la possibilité de mieux l'utiliser en le rapprochant. Jusqu'ici toutes les imitations qui en ont été faites, consomment beaucoup plus de gaz. (*R. S. M.*, XLIV, 140.)

IV. — Un grand nombre de commerçants se servent d'hydrocarbures pour augmenter le pouvoir éclairant du gaz consommé dans leurs établissements. On fait passer le gaz ou l'air nécessaire à sa combustion à travers le liquide carburateur ou à travers les vapeurs émises par ce dernier dans un espace clos. Ces hydrocarbures liquides ou volatils contiennent des produits très facilement inflammables qui commencent à distiller à + 28°. Les vapeurs des parties les plus volatiles ne se condensent pas complètement à + 6° et sont susceptibles de former avec l'air des mélanges explosifs. Des accidents sérieux survenus par suite de l'emploi

de ces hydrocarbures établissent la nécessité d'une réglementation. Sur le rapport de Schutzenberger, le Conseil de salubrité de la Seine a décidé de soumettre l'usage des carburateurs aux conditions suivantes : tout industriel, avant d'employer un carburateur, sera tenu d'en demander l'autorisation. Le carburateur, construit en métal, devra être placé dans un local largement ventilé, éclairé naturellement ou à défaut par des lampes de sûreté ; on l'installera sur un châssis métallique au-dessus du sol. Interdiction d'apporter du feu, des lumières ou des allumettes dans le local et d'y fumer. La quantité d'hydrocarbure emmagasinée à l'avance pour en faire usage ne pourra excéder 300 litres. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Unanfhaltsames Lachen und Weinen bei Hirnaffectionen (Rires et pleurs incessants dans les affections du cerveau, par W. von BECHTEREW (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr.*, *XXVI*, *3*, *p. 791*).

Dans ce mémoire, von Bechterew relate quelques cas inédits de rires et de pleurs incessants chez des sujets atteints d'une affection cérébrale, et il a mis ces cas en parallèle avec les quelques faits du même genre publiés par d'autres auteurs. Tous ont cela de commun, qu'à l'autopsie on a trouvé une lésion de l'écorce ou de la substance blanche sous-corticale; toujours la zone motrice corticale était intéressée par la lésion. Aussi les troubles moteurs n'ont-ils jamais fait défaut, sous la forme soit d'une hémiplégie, soit d'une monoplégie avec aphasie. Dans tous ces cas, il existait en outre une affection du facial, ce qui impliquait une lésion du segment inférieur des circonvolutions centrales.

Von Bechterew est parti de ce fait que dans l'acte du rire, surtout du rire aux éclats, des mouvements respiratoires, des contractions des cordes vocales, une sécrétion de larmes, des phénomènes vasomoteurs des mouvements mimiques de la face s'associent entre eux. D'autre part, il s'est préoccupé de savoir quels centres cérébraux prennent part à l'acte du rire. L'analyse des résultats expérimentaux et anatomo-pathologiques recueillis par lui ou par d'autres observateurs l'a amené à conclure que l'acte du rire est sous la dépendance de centres situés dans l'écorce et dans les couches optiques. L'écorce cérébrale renferme des centres pour les mouvements respiratoires, pour la contraction des cordes vocales, pour la sécrétion des larmes, pour les actes vasomoteurs, pour les mouvements volontaires des muscles de la face. L'on admet qu'en outre l'écorce cérébrale renferme des centres qui président aux mouvements mimiques de la face, le rire s'expliquerait donc par le jeu combiné de l'ensemble de ces centres corticaux. Or, il y a lieu de considérer que présentement nous n'avons pas de preuves de cette synergie des centres corticaux en question, lors du rire. Par contre, des données nombreuses

parlent en faveur de l'existence, dans les noyaux gris sous-corticaux, de centres qui président à l'expression de nos sentiments. Les couches optiques notamment doivent loger des centres qui président aux mouvements destinés à exprimer des sentiments affectifs, et le rire est de ceux-là. Chez des animaux appartenant à des espèces très différentes, l'excitation électrique des couches optiques produit une excitation des mouvements respiratoires, qui finit par dégénérer en une excitation durable des organes phonateurs; elle produit également des mouvements expiratoires, des mouvements de la face, du corps et des membres qui rappellent ceux qu'on voit intervenir dans l'expression des sentiments. Toutes ces manifestations atteignent le même degré chez les animaux auxquels on a conservé les hémisphères cérébraux et chez ceux auxquels on a extirpé cette portion de l'encéphale. De plus, l'influence de la couche optique sur les centres vasomoteurs et sur la sécrétion des larmes, est également démontrée sur le terrain de l'expérimentation. D'où cette conclusion que l'acte du rire s'exécute par l'intermédiaire des couches optiques, et que le système de fibres, faisant partie des couches optiques et qui renferme des voies d'excitation et des voies d'arrêt, doit servir à transmettre les impulsions qui viennent du cerveau ou de la periphérie (rire reflexe) aboutissant à l'acte du rire.

Dès lors, dans les cas de rire incoercible survenant chez des sujets affectés d'une lésion organique du cerveau, les lésions corticales situées dans la région de la zone motrice ont dû être le point de départ des impulsions qui aboutissaient à la provocation du rire. On peut admettre encore que la lésion en foyer du cerveau a dû interrompre les voies de communication reliant la zone motrice corticale à la couche optique, rendant ainsi impossible l'inhibition volontaire du rire; dans ces conditions, la moindre cause déterminante provoquera un rire incoercible, celui-ci pouvant même éclater sans raison aucune.

Von Bechterew a consacré des développements beaucoup moindres à la pathogénie des pleurs incoercibles. Les pleurs provoqués par des impulsions psychiques résultent de la synergie d'action du centre facial qui préside aux mouvements mimiques et des centres qui président à la sécrétion des larmes et aux mouvements vasomoteurs. Donc les couches optiques et leurs conducteurs servent également à la transmission des impulsions qui, parties des centres corticaux, excitent les pleurs. Il y a donc lieu d'admettre que les pleurs incoercibles, survenant chez un sujet atteint d'une affection cérébrale organique, sont dus, soit à une interruption des voies qui transmettent des impulsions d'arrêt, ou à une excitation des centres contenus dans les couches optiques. E. R.

Ueber Hirnerscheinungen bei heftigen Schmerzanfällen (Sur des manifestations cérébrales survenant dans le cours d'accès violents de douleurs, par LAQUER (*Archiv f. Psychiat. und Nervenkr., XXVI, 3, p. 818*).

L'auteur relate trois observations de violentes douleurs faciales, compliquées de troubles passagers des fonctions cérébrales.

Un conducteur de chemin de fer, âgé de 54 ans, d'une famille saine, qui n'avait jamais fait d'excès alcooliques, qui n'avait jamais contracté la syphilis, était sujet, depuis une quinzaine de jours, à des accès périodiques de névralgie

de la cinquième paire (névralgie sus-orbitaire, à droite). Les accès étaient allés en augmentant d'intensité. Ils étaient accompagnés d'un délire de durée plus ou moins longue. Ce délire se caractérisait par des hallucinations qui avaient rapport aux occupations professionnelles du sujet, avec idées de grandeur. Dans les intervalles des accès, le malade était très abattu, sans appétit, somnolent, et avec cela il dormait mal la nuit; mais son intelligence était absolument intacte. Quoique relégué au lit, il s'intéressait à tout ce qui se passait dans son milieu familial. On ne constatait chez lui rien qui put autoriser à croire qu'on avait affaire à des accidents urémiques, ou à des manifestations de l'impaludisme, ou à une maladie organique du cerveau, etc. Après six semaines de durée, les accès de névralgie se sont dissipés et les accidents délirants n'ont pas reparu. Le malade a repris ses occupations professionnelles, et sa guérison se maintient depuis six ans.

Le deuxième cas concerne une femme de 20 ans, n'ayant jamais présenté de manifestations hystériques, et qui, pendant quinze jours, a été sujette à des accès de prosopalgie à droite, accompagnés de délire. Au sortir de ces accès, elle avait complètement perdu le souvenir de ces phases délirantes. Elle ne présentait pas d'autre signe ou symptôme d'une lésion organique des centres nerveux. La malade n'était pas non plus migraineuse. La guérison se maintenait neuf mois après le dernier accès.

La troisième observation se rapporte à un négociant très surmené, sans antécédents syphilitiques, et qui, pendant trois semaines, a eu des accès de névralgie sus-orbitaire gauche. A la suite de chacun de ces accès, il présentait, pendant plusieurs heures, des troubles aphasiques, des phénomènes de paresthésie limités au côté droit de la face et au bras droit, puis les accidents se sont dissipés pour ne plus reparaître.

Laquer a rappelé que depuis longtemps déjà les auteurs se sont occupés des rapports des névralgies avec les psychoses. E. R.

Ueber multiple Sarcomatose des Gehirns und der Rückenmarkshäute (Sur la sarcomatose multiple du cerveau et des méninges spinales, par N. WESTPHAL (*Archiv f. Psychiat. und Nervenkr., XXVI, 3, p. 770*).

L'auteur a fait l'autopsie d'une jeune fille de 15 ans, qui, d'une bonne santé habituelle, avait été prise, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, de vertiges, de violentes douleurs dans la tête et dans les lombes, de convulsions épileptiformes. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette jeune fille était en état de démence; elle présentait du ptosis et une paralysie de l'oculomoteur externe à gauche, de l'inégalité de dilatation des pupilles dont la réaction à la lumière était conservée. Le fond de l'œil était normal. Abolition des réflexes patellaires. Pas d'autres troubles de la sensibilité et de la motilité, sauf que la colonne vertébrale était très douloureuse à la pression. Pendant son séjour à l'hôpital, qui a été de cinq semaines environ, la malade a vomi à différentes reprises. Dans les derniers temps, elle a eu de la torpeur intellectuelle, les pupilles réagissaient paresseusement; le pouls était ralenti. Le dénouement fatal a été précédé d'accès épileptiformes.

A l'autopsie, on a trouvé des tumeurs disséminées dans le cerveau et dans les méninges spinales. La couche optique en logeait 3, du volume d'une noix, de consistance ferme, de couleur rougeâtre, dont l'une s'étendait en arrière jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. A la base, la pie-mère était épaissie dans la région des tubercules quadrijumeaux. La dure-mère spinale adhérait par places à la pie-mère; elle était le siège d'un épaississement rougeâtre, d'aspect néoplasmique, qui tapissait la moelle sur toute sa longueur et qui était accusé surtout à la face postérieure du névraxe. L'examen histologique démontré que ces masses néoplasiques étaient de nature sarcomateuse

(sarcome à cellules arrondies, avec grande richesse en éléments vasculaires). Malgré l'étendue considérable occupée par ces masses néoplasiées, la moelle et le bulbe, examinés sur un grand nombre de coupes, présentaient un aspect absolument normal. Seuls quelques nerfs craniens (pneumo-gastrique, abducens, oculomoteur commun) étaient le siège d'altérations dégénératives, constituées en partie par des infiltrations sarcomateuses.

L'auteur passe ensuite en revue les rares faits du même genre publiés jusqu'à ce jour. Ces faits se divisent en deux groupes : dans les uns, les noyaux sarcomateux étaient logés dans l'épaisseur même des centres nerveux, outre qu'il s'en trouvait dans les méninges ; les faits du second groupe sont ceux où la sarcomatose était limitée aux méninges. Une particularité caractéristique de ces tumeurs sarcomateuses est leur peu de tendance à envahir le tissu nerveux des centres, contrairement à ce qui se voit pour les néoplasies syphilitiques et tuberculeuses. Les noyaux sarcomateux sont parcourus par des vaisseaux extrêmement nombreux. Jamais on ne les a vu subir une métamorphose régressive. Naturellement les symptômes par lesquels ils se traduisent dépendent essentiellement de leur siège et de leur volume. Une chose frappe toutefois, c'est le peu d'importance des troubles fonctionnels notés dans quelques cas où les centres nerveux étaient envahis par des altérations sarcomateuses très étendues. En général, la maladie aboutit rapidement à un dénouement fatal. Les deux tiers des observations connues concernaient des enfants ou des sujets qui touchaient à la puberté. E. R.

Beiträge zur Ätiologie der Encephalasthenie, par J. ALTHAUS (*Archiv f. Psychiat. und Nervenkr.*, *XXVI*, *3*, *p. 828*).

L'auteur demande à ce qu'on substitue le nom d'encéphalasthénie à celui de neurasthénie, ce dernier étant très vague et entretenant des rapports multiples avec le charlatanisme. Il a mis en relief l'influence prépondérante de l'hérédité sur le développement de l'encéphalasthénie qui frappe plus d'hommes que de femmes, et de préférence des sujets âgés de 30 à 50 ans. L'abus de l'alcool, de la cocaïne, de la morphine, du chloral, la syphilis, diverses maladies infectieuses aiguës, les influences psychiques peuvent également engendrer cette névrose.

Althaus a traité plus de 500 cas d'encéphalasthénie, et, cependant, son assez long mémoire ne nous apprend rien de nouveau sur l'affection en question, mais renferme, par contre, des assertions très risquées, eu égard à la pathogénie. E. R.

I. — Des accidents cérébraux curables dus à la grippe....., par V. CORNIL et DURANTE (*Bull. Acad. de méd.*, *5 mars 1895*).

II. — De l'encéphalopathie grippale, par les mêmes (*Ibid.*, *7 mai 1895*).

I. — Les auteurs relatent les observations de 3 malades qui répondent à l'encéphalopathie grippale. Dans les deux premiers cas, les symptômes ont été les suivants : début par une céphalée interne, perte de connaissance incomplet, avec stertor de durée variable, avec hémiparésie, conservation de la sensibilité, paralysie faciale, troubles de la vision, paralysie des sphinc-

ters, paralysie motrice à droite avec aphasie chez l'une, paralysie à gauche sans aphasie chez l'autre.

Chez la troisième malade les mêmes accidents existaient et comme elle était hystérique l'hémiplégie s'accompagnait d'hémianesthésie et de la diminution du champ visuel.

II. — Relation d'une femme de 50 ans, qui offre les mêmes symptômes pathologiques que dans les deux premiers cas précédents et qui succombe le 7e jour. A l'autopsie, on a noté des lésions de méningite, foyers hémorragiques dans le cerveau droit. Aucun microbe à l'examen bactériologique.

OZENNE.

Contribution à l'étude de la méningite par bacille d'Eberth, par LEVILLAIN (*Thèse de Paris, 1895*).

Les méningites aiguës non tuberculeuses qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde peuvent être dues au bacille d'Eberth ou à des infections secondaires (coli-bacille, streptocoque, pneumocoque, rarement staphylocoque), sans qu'on puisse cliniquement différencier ces deux groupes de méningites.

Les méningites par bacille d'Eberth surviennent le plus souvent dans le cours de la fièvre typhoïde. Exceptionnellement, la méningite typhique peut être la première manifestation de l'infection éberthienne ; elle mérite, dans ce cas, le nom de cérébro ou méningo-typhus.

Les lésions que détermine dans l'encéphale le bacille typhique, ordinairement véhiculé par la circulation, peuvent varier de la simple congestion œdémateuse jusqu'à la formation de traînées purulentes.

Les symptômes sont les mêmes que ceux des méningites aiguës simples. Ils commandent des moyens un peu différents suivant qu'il s'agit de phénomènes d'excitation ou de dépression. Cette forme morbide est d'ailleurs parfaitement curable. GIRODE.

Paracentecis pericardii, par Percy KIDD (*Brit. med. Journ., p. 252, 2 février 1895*).

Un homme de 34 ans, atteint de néphrite interstitielle, d'albuminurie, et de dilatation cardiaque avec dyspnée extrême. Il y avait de l'œdème du poumon et un épanchement pleural. On diagnostiqua des accidents d'urémie à forme dyspnéique, qui cédèrent à des piqures de morphine et à l'emploi de la nitroglycérine; quinze jours après, augmentation de l'œdème des jambes et de l'épanchement pleural : thoracentèse, amélioration passagère, puis retour de la dyspnée à crises paroxystiques. On découvre un épanchement péricardique. Ponction du péricarde au 4e espace intercostal, le long du bord du sternum : issue de cinq onces (150 gr.) de sérosité sanguinolente. Soulagement considérable pendant 36 heures, mais, au bout de trois jours, on est obligé de ponctionner de nouveau; cette fois, vingt-huit onces de liquide hémorragique sont retirés, au grand bénéfice du malade qui, pendant un mois, cesse d'étouffer. A partir de cette date, défaillance du cœur et mort six semaines après la seconde ponction du péricarde.

A l'autopsie, péricardite hémorragique adhésive, pleurésie adhésive, hypertrophie et dilatation du cœur gauche, reins granuleux. H. R.

I. — Méningisme dans le cours d'une fièvre typhoïde à marche normale par GRASSET (*Montpellier méd., 1895*).

II. — Un cas de méningisme chronique simulant la méningite tuberculeuse chez un adulte, par L. GALAVIELLE et H. VILLARD (*Ibid.*)

I. — Observation d'un malade qui, au cours d'une affection fébrile, à courbe thermique irrégulière, fut pris subitement de symptômes d'apparence méningitique : état comateux, anesthésie, contractures, raie méningitique. Le malade mourut après avoir présenté des troubles pupillaires, la paralysie vésicale, etc. Le diagnostic porté avait été : méningite de nature non déterminée. L'autopsie révéla l'absence de toute lésion méningée; par contre, elle permit de constater les lésions classiques de la fièvre typhoïde au niveau de l'intestin, lésions dont la nature était corroborée par l'hypertrophie splénique, l'état du foie, des reins, des poumons, etc.

Cette observation est intéressante par ce fait que la courbe thermique n'était pas celle d'une fièvre typhoïde ce qui excluait en quelque sorte le diagnostic de cette maladie, et par cet autre fait qu'il existait un « méningisme grave » sans méningite.

II. — Un homme de 23 ans, sans antécédents dignes d'être notés, fut pris d'abattement, de perte d'appétit, de céphalée, de vomissements, de constipation et de fièvre; puis, au bout de trois jours de douleurs rachidiennes, d'un peu de délire ; à ce moment, la face était grimaçante, le malade se plaignait continuellement. Cet état resta stationnaire pendant deux jours, puis une amélioration notable se produisit ; mais la guérison complète ne survint pas ; vingt-sept jours après le début, le malade avait une recrudescence de la céphalée, de la rétention d'urine, quelques vomissements, des accès fébriles irréguliers, puis, trois semaines plus tard environ, présentait des secousses convulsives, de la dilatation inégale des pupilles, de l'exagération des réflexes, la raie méningitique, etc. Ces différents accidents se présentèrent à plusieurs reprises, du 3 mars au 13 juillet ; la mort survint à cette date après quelques jours d'une dysenterie grave. L'autopsie (limitée au cerveau, par suite d'opposition de la part de la famille) montra que les méninges ne présentaient aucune trace d'inflammation ancienne ou récente ; il n'existait ni adhérences, ni congestion, ni tubercules.

Cette affection, à évolution si anormale, simula, pendant toute sa durée, la méningite tuberculeuse, bien que le pouls ne fut pas modifié, qu'il n'y eut ni contractures, ni paralysies, et que la longue durée (plus de quatre mois) fut en opposition avec ce diagnostic. G. LYON.

Sur le phénomène du diaphragme dans quelques hémiplégies, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biologie, 25 mai 1895*).

Ce phénomène consiste dans la manifestation du décollement progressif du diaphragme d'avec la paroi thoracique dans l'inspiration et à l'effet inverse dans l'expiration. (Litten, 1892). Avec un éclairage convenable, dans la position genupectorale ou decubitus dorsal on voit une ombre qui se déplace en ondulant dans l'intervalle de deux ou trois espaces intercostaux à partir du 6e. L'amplitude de ce mouvement est diminué chez les hémiplégiques du côté paralysé, et également dans l'hémimyosthénie historique elle est diminuée, même du côté sain, dans les hémiplégies organiques datant de l'enfance. DASTRE.

Ueber Compression des oberen Dorsalmarkes (Sur la compression de la partie supérieure du segment dorsal de la moelle), par EGGER (*Archiv f. Psychiat. u. Nervenkr.*, *XXVI*, *1*, *p. 129*).

Onze ans avant son entrée à l'hôpital, une femme, âgée alors de vingt ans, avait subi une fracture des vertèbres cervicales inférieures. A la suite de cet accident, elle avait présenté une paralysie des quatre membres, qui se dissipa au bout de très peu de temps. Au moment de son admission à la clinique de Halle (août 1888), elle était atteinte d'une paralysie flasque des membres inférieurs et du tronc. Aux membres supérieurs la motilité était intacte, sauf qu'à droite la malade éprouvait une certaine difficulté à effectuer le rapprochement des doigts. Au tronc, la sensibilité était abolie jusqu'au niveau de la troisième côte, voire que la limite supérieure de l'anesthésie remontait un peu plus haut à droite qu'à gauche. Immédiatement au-dessus, on constatait l'existence d'une zone d'hyperesthésie. A la main droite, légère atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar, avec diminution de l'excitabilité électrique, de plus, aux membres supérieurs, il y avait de l'anesthésie dans le tiers inférieur de la zone de distribution du cubital, de chaque côté. Aux jambes, atrophie musculaire des deux côtés, plus prononcée à droite qu'à gauche. Diminution de l'excitabilité faradique; pas de modifications qualitatives de l'excitabilité électrique. Abolition complète des reflexes tendineux aux membres inférieurs. Intégrité des mouvements passifs de ces membres. Exagération du réflexe plantaire à la piqûre. Incontinence d'urine, rétention des matières fécales.

Dans la sphère des nerfs craniens, on n'a pas constaté d'autre anomalie qu'un peu de ptosis passager à droite, et des sueurs limitées au côté droit de la face; sueurs profuses aux membres. Ulcération de décubitus. La malade, en état de démence, a succombé dans le marasme au mois de mai 1889.

Autopsie. Forte déformation de la colonne vertébrale au niveau de l'extrémité supérieure du segment dorsal de la moelle. Là, une arête osseuse tranchante faisait saillie en avant, dans le canal rachidien. La moelle était aplatie sur une longueur de 4 centimètres, et l'examen microscopique a fait constater une désorganisation complète du parenchyme spinal, dans l'étendue de cette compression (1re paire dorsale). En remontant et en descendant on constatait une diminution progressive d'intensité de cette dégénérescence traumatique diffuse. A celle-ci faisait suite une dégénérescence qui affectait de plus en plus le caractère fasciculé, au fur et à mesure qu'on s'éloignait du foyer primitif; dégénérescence ascendante intéressant les cordons de Goll, les faisceaux de Gowers et les faisceaux cérebelleux directs; dégénérescence descendante intéressant les faisceaux pyramidaux, les zones marginales des cordons antéro-latéraux et les faisceaux de Schultze dans les cordons postérieurs. Dans la portion inférieure du segment dorsal et dans le segment lombaire, la dégénérescence se limitait aux faisceaux pyramidaux. Mais tandis que, à l'œil nu, les deux cornes antérieures présentaient le même développement, on ne découvrait, à l'examen histologique, que 62 cellules ganglionnaires à droite, contre 76 à gauche. Atrophie simple et adiposité des muscles des membres inférieurs. Dans les muscles de l'éminence thénar, à droite, des fibres hypertrophiées alternaient avec des fibres atrophiées.

Ce fait vient à l'appui des assertions de Bastian, d'après lesquelles, dans les cas de lésion transversale totale de la moelle, siégeant à un niveau élevé, malgré la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux, il peut y avoir abolition des réflexes tendineux et absence de contracture, c'est-à-dire paralysie flasque. Par suite de la longue persistance de ces deux

manifestations (onze années), le cas de Egger est unique en son genre.

Passant ensuite en revue les faits analogues au sien, publiés par d'autres auteurs, Egger arrive à cette conclusion : Qu'il n'existe pas, jusqu'ici, un seul exemple probant d'une lésion transversale totale de la partie supérieure de la moelle, avec conservation des réflexes tendineux aux membres inférieurs, qu'en d'autres termes, dans les cas de lésion de ce genre, l'abolition des reflexes doit être constante. Egger suppose qu'une lésion traumatique du segment cervical ou de la partie supérieure du segment dorsal de la moelle entraîne une lésion fonctionnelle des cellules ganglionnaires du segment lombaire, qui suffit à rendre compte de l'abolition des réflexes dans les membres inférieurs. Cette lésion fonctionnelle, si on s'en rapporte aux théories émises par Erb et Hitzig, est susceptible de provoquer des lésions organiques dans les muscles et dans les ramifications périphériques des nerfs. Si la première vient à disparaître dans la suite, les altérations dégénératives des muscles qui lui survivent, donneront lieu à l'abolition des réflexes tendineux, malgré la dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux. Si à force de durer, la lésion fonctionnelle des cornes antérieures se transformait en lésion organique, les choses ne s'en expliqueraient que mieux. Telle est la théorie qu'Egger a cru devoir opposer à celles de Bastian et de Sternberg.

E. R.

Amyotrophie Charcot-Marie chez l'adulte, par Édouard VANNIER (*Thèse de Paris, 1895*).

Deux observations complètes et deux examens électriques soignés pour deux autres cas dont l'observation n'est pas donnée. Dans la première observation, le début a eu lieu à 23 ans, par les membres inférieurs ; absence d'hérédité ; intégrité des muscles du tronc et de la face ; abolition des réflexes rotuliens ; intégrité des muscles de la mastication, du pharynx et du larynx ; intégrité des sphincters ; légers troubles de la sensibilité ; pas de contractions fibrillaires, et réaction de dégénérescence très nette. Dans la seconde observation, il n'y avait pas non plus d'hérédité, ni de troubles de sensibilité. Le début a eu lieu à 30 ans seulement. Il y avait une réaction de dégénérescence très nette, mais sans contractions fibrillaires ; les réflexes rotuliens étaient abolis.

En rapprochant ces cas de ceux de Charcot, l'auteur se rattache à l'opinion que cette amyotrophie Charcot-Marie présente un tableau clinique assez précis pour mériter une description spéciale. Elle différerait chez l'adulte de celle de l'enfant par l'absence d'hérédité, et elle se distingue des myopathies par l'existence de la réaction de dégénérescence.

P. S.

Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, par CHARCOT (*Archives de méd. exp., VII, 4 et Thèse de Paris, 1895*).

Dès qu'une enquête histologique régulière vint compléter le type de la maladie Aran-Duchenne, la caractéristique anatomique reposa sur la notion d'une myélite antérieure chronique atrophiant les cellules de la corne grise : ce fut le type des téphromyélites, et des amyotrophies spi-

nales protopathiques. Plus tard, la notion de la sclérose latérale amyotrophique, et surtout l'étude de la syringomyélie vinrent entamer fortement la maladie Aran-Duchenne. Dans cette dernière affection, on trouvait des lésions scléreuses du cordon antéro-latéral, nouveau point de rapprochement avec la maladie de Charcot. Toutefois, en soumettant à une critique sévère les cas d'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, on reconnaît que l'affection n'a rien perdu de son authenticité et de son autonomie. Les autopsies en sont rares, les cas cliniques le sont moins. Il semble même qu'on doive admettre une forme subaiguë par téphromyélite antérieure primitive. Quant à la légère sclérose antéro-latérale qui se surajoute à la poliomyélite, elle occupe le pourtour de la corne, et résulte de la dégénérescence des fibres et des cellules de cordon. Il n'y a rien de semblable au groupement lésionnel systématique qui caractérise la sclérose latérale amyotrophique. GIRODE.

Ein Fall von tabes incipiens, par WEIL (*Arch. f. Psychiat. und Nervenkr.*, *XXVI*, *3*, *p. 745*).

Un menuisier, qui avait contracté la syphilis à l'âge de 26 ans, avait été frappé, onze ans plus tard, d'une attaque prolongée de perte de la connaissance, suivie d'une hémiplégie gauche, sensitive et motrice. Aux restes de cette hémiplégie, s'étaient associés plus tard des troubles fonctionnels des muscles de l'œil (ptosis, diplopie). A l'âge de 41 ans, le malade a été admis à la clinique psychiâtrique de Strasbourg. A ce moment, il présentait un ensemble de symptômes qui imposait le diagnostic de tabes au début : signe d'Argyll Robertson, signe de Romberg, paralysie de l'oculomoteur à gauche, abolition du phénomène du genou, traces d'incoordination motrice, sans compter les résidus de l'hémiplégie antécédente.

Le malade a succombé deux mois environ après son entrée à l'hôpital. Voici les résultats de l'examen histologique de la moelle : à gauche, dégénérescence du faisceau pyramidal croisé; à droite, dégénérescence du faisceau pyramidal direct; la capsule interne droite, soit dit en passant, était occupée par un foyer ancien, du volume d'un noyau de cerise. En certaines régions de la moelle, il existait des altérations de la corne latérale et de la corne antérieure. Détail important à noter : dans les cordons postérieurs, la dégénérescence présentait une distribution irrégulière qui ne correspondait en rien à ce que d'autres auteurs ont constaté dans des cas de tabes incipiens. Ainsi, dans le segment dorsal, la dégénérescence n'occupait pas le territoire de la zone radiculaire moyenne, mais un autre territoire plus vaste, et elle s'étendait jusqu'à la scissure médiane postérieure. Dans le segment dorsal, la dégénérescence réalisait une distribution à la fois asymétrique et très irrégulière. Par contre, dans le segment cervical, la dégénérescence était limitée au cordon de Goll et à la portion adjacente du cordon de Burdach, c'est-à-dire qu'elle présentait une distribution assez semblable à celle qu'on a signalée jusqu'ici dans les cas de tabes au début. Autre particularité insolite : en certains points des cordons postérieurs, se voyaient des taches de sclérose, beaucoup plus accusées que les autres foyers de dégénérescence; eu égard à leurs caractères histologiques, ces taches ne ressemblaient en rien aux îlots de la sclérose en plaques. Par contre, une observation publiée jadis par Westphal offre de grandes analogies avec celle dont il vient d'être question.

E. R.

Le cœur des tabétiques, par NORDMANN (*Thèse de Paris*, *1895*).

Les lésions cardio-vasculaires sont assez fréquentes à la période confirmée du tabes. Les altérations aortiques sont de beaucoup les plus fréquentes. Les lésions mitrales paraissent dépendre des facteurs étiologiques ordinaires des maladies du cœur. L'hérédité cardiaque ne semble pas devoir être invoquée comme cause prédisposante des cardiopathies chez les tabétiques. Ces cardiopathies se rencontrent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Les altérations valvulaires des ataxiques sont, en général, caractérisées par l'absence de troubles fonctionnels. A part cela, la marche clinique des cardiopathies tabétiques ne présente rien de particulier, et le pronostic du tabes n'en est pas notablement aggravé. L'angine de poitrine vraie est extrêmement rare dans le tabes, et la fausse angine elle-même est rare. L'état fenêtré des valvules sigmoïdes ne saurait être considéré comme un « mal perforant valvulaire » dû à un trouble trophique déterminé par le tabes. Il est rare que chez les ataxiques la banale étiologie des lésions aortiques se retrouve. Il y a lieu d'invoquer, en général, comme cause de ces lésions, l'action de la syphilis, qui a simultanément produit le tabes ; les lésions de l'aorte sont la manifestation d'une artérite parasyphilitique, d'une artério-sclérose. P. S.

Des crises gastriques dans le tabes, par BOURGUIGNON (*Thèse de Paris*, *1895*)

Le nombre des cas où on a été à même d'étudier le chimisme stomacal dans les crises gastriques du tabes est encore très restreint. L'auteur, après avoir examiné l'état actuel de la question, rapporte deux observations personnelles dans lesquelles l'analyse du suc gastrique a été soigneusement faite. De ces observations, jointes à celles déjà connues, il conclut que les crises gastriques du tabes semblent être plus intenses et plus fréquentes chez les malades hyperchlorhydriques et propose de joindre aux formes déjà décrites deux autres présentant : l'une les symptômes de la maladie de Reichmann, l'autre les apparences de l'ulcère de l'estomac. Le chimisme stomacal, au moment des crises, donne une indication d'essayer les alcalins à hautes doses. P. S.

De la sciatique hystérique, par BÉZIAT (*Thèse de Paris*, *1895*).

Deux observations de sciatique hystérique, dont l'une est regardée comme une sciatique associée à l'hystérie. Douleur non exactement localisée sur le trajet du sciatique, pression profonde non douloureuse, atrophie sans réaction de dégénérescence, polyurie sont, avec les autres stigmates hystériques que peut présenter le malade, autant d'éléments de diagnostic. P. S.

De la sciatique spasmodique, par DUPONT (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'auteur réunit sous ce titre plusieurs observations de Brissaud, Lamy, Lebon et une personnelle de ces cas de sciatique compliquée de scoliose de type homologue, que Brissaud a décrits le premier, et d'exagération des réflexes. Ces phénomènes spasmodiques traduisent vraisemblablement un état morbide de la moelle, et on ne peut dire qu'ils représentent

la réaction d'une moelle normale vis-à-vis d'excitations anormales douloureuses, puisqu'ils n'appartiennent qu'exceptionnellement à la sciatique. Il serait intéressant d'établir les relations qui existent entre la forme spasmodique de la sciatique et les atrophies musculaires qui, dans la sciatique, résultent peut-être, comme dans les amyotrophies d'origine articulaire, d'un trouble trophique réflexe. P. S.

Ein Beitrag zu den acutenstehenden Ophthalmoplegien (Des ophtalmoplégies aiguës), par D. SCHULE (*Archiv f. Psychiat. und Nervenkr.*, *XXVII*, *1*, *p. 295*).

Une première observation, relatée par l'auteur, concerne un alcoolique qui soudainement a été frappé d'une paralysie plus ou moins complète des muscles des deux yeux, suivie à quelques jours de distance d'une hémiparésie du côté gauche, le tout accompagné de vertige et de manifestations délirantes. Au bout de trente-cinq jours, le malade a succombé aux suites d'une affection pulmonaire.

Il s'agissait d'une ophtalmoplégie mixte d'origine centrale, qui n'avait respecté que l'oculomoteur supérieur gauche, pendant les premiers jours. A la période terminale, la pupille réagissait paresseusement des deux côtés. Les résultats de l'examen microscopique ont fourni l'explication des symptômes constatés du vivant du sujet. Les noyaux des nerfs paralysés étaient ou désorganisés ou atteints dans leur fonctionnement par des lésions hémorragiques. Celles-ci, à vrai dire, n'intéressaient pas les noyaux de l'abducens et du pathétique, mais, selon toute vraisemblance, les hémorragies très nombreuses, avaient désorganisé les faisceaux qui relient les noyaux en question aux hémisphères cérébraux.

Le tableau clinique observé chez ce premier malade offrait, somme toute, une très grande ressemblance avec celui de la polioencéphalite supérieure hémorragique de Wernicke, tout en différant de celle-ci par des points d'une réelle importance. Dans le cas en question, les accidents ophtalmoplégiques étaient manifestement la conséquence des altérations vasculaires d'origine alcoolique.

Un second malade, qui avait contracté la syphilis 27 années auparavant, a été frappé, sans cause occasionnelle apparente, d'une paralysie double et complète des muscles extrinsèques de l'œil (le releveur de la paupière supérieure gauche était simplement parésié) paralysie à marche rapide, précédée par du vertige et de la céphalalgie. Les muscles internes ont été frappés d'une insuffisance passagère à droite; à gauche, il y a eu pendant quelque temps de la paresse de la réaction pupillaire.

Indépendamment de ces symptômes oculaires, il existait des manifestations d'un tabes incipiens, c'est-à-dire des douleurs lancinantes, un certain degré d'ataxie et d'hypéresthésie aux membres inférieurs, l'abolition du phénomène du genou, une légère anesthésie de la moitié droite de la face.

Au bout de trois semaines, l'affection oculaire s'est compliquée d'un érysipèle intercurrent, qui a abouti à la formation d'un abcès profond au cou. Une fois la collection de pus vidée, la paralysie des muscles de l'œil a subi une régression aussi rapide qu'inattendue, trois mois après qu'elle eut débuté, il n'en subsistait plus que des résidus très minimes; un peu de ptosis à gauche, un peu d'insuffisance de l'abducens à droite. La paralysie de l'accomodation et le défaut de réaction de la pupille aux efforts d'accomodation, qu'on avait constatés à droite, s'étaient également dissipés. Par contre, quatre semaines plus tard, et peu de temps avant l'époque où le malade a été emporté par une affection pulmonaire intercurrente, la réaction pupillaire était devenue paresseuse des deux côtés.

En somme, on avait eu affaire à une ophtalmoplégie aiguë, complète à droite, limitée aux muscles extrinsèques à gauche. S'agissait-il d'une paralysie périphérique ou d'une paralysie nucléaire et dans quels rapports l'affection oculaire se trouvait-elle avec les autres manifestations pathologiques. Pour ce qui concerne cette seconde question, l'auteur incline à croire qu'il s'agissait, chez son malade, d'un cas de tabes au début, dont l'ophtalmoplégie n'était qu'une des manifestations. Quant au reste, il incline à considérer cette ophtalmoplégie comme ayant eu pour cause une compression des nerfs de la base par des exsudats méningitiques, en raison de la mobilité des manifestations oculaires et d'une rétrocession si complète. E. R.

De l'influence de l'hystérie sur la marche de la tuberculose pulmonaire, par A. GIBOTTEAU (*Thèse de Paris, 1894*).

L'hystérie exerce une influence considérable sur la marche de la tuberculose ; elle en modifie les symptômes et en retarde l'évolution, par suite du ralentissement des processus nutritifs et évolutifs chez les hystériques. Le pronostic de la phtisie chez ces derniers est donc meilleur. Mais il faut se garder de traiter chez eux les symptômes nerveux. De même, on ne doit pas soigner trop énergiquement les hystériques présentant des antécédents héréditaires tuberculeux, de peur de voir la tuberculose prendre la place de l'hystérie et évoluer avec rapidité. LEFLAIVE.

Le sein hystérique, par GILLES DE LA TOURETTE (*Nouv. icon. de la Salpêtrière, VIII, nº 2, p. 107*).

L'affection hystérique du sein consiste en une augmentation temporaire ou permanente du volume de l'organe, avec hyperesthésie considérable de la peau qui recouvre la mamelle.

Au moment de la crise, il se produit localement la série des phénomènes vaso-moteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème, et parfois peut-être à la gangrène de la peau.

L'hyperesthésie est parfois si exquise que les malades ne peuvent supporter le frottement de la chemise ; elle existe à l'état permanent, mais s'accentue à certains moments sous l'influence des causes qui président ordinairement à l'exaltation des zones hyperesthésiques (influence des émotions vives, de la menstruation).

Au moment où s'exalte la zone de la région mammaire, le sein devient spontanément le siège de picotements, d'élancements parfois très douloureux, à caractère névralgique. La mamelle se tuméfie, le mamelon s'érige ; le sein peut aller jusqu'à doubler de volume.

Au moment où le gonflement du sein est à son summum, éclate souvent une crise convulsive, ou tout au moins certains phénomènes d'aura (sensation de strangulation, troubles céphaliques, etc.).

L'aspect des téguments est variable ; on peut observer l'œdème, blanc, rouge ou violet.

Dans les cas simples, le gonflement disparaît avec l'accès douloureux, mais bien plus souvent, surtout si les accès sont rapprochés, la tuméfaction persiste à des degrés variables dans l'intervalle des paroxysmes, s'accompagnant toujours d'hyperesthésie cutanée.

Dans l'intervalle des accès (tout examen étant impossible pendant l'accès), la palpation permet de constater dans la mamelle une ou deux tumeurs peu douloureuses à la pression profonde.

Le diagnostic, parfois difficile dans l'intervalle des accès, l'est encore davantage si, aux signes précédents, s'ajoute l'ulcération de la peau, ou plus particulièrement du mamelon (observations anciennes de Carré, de Montgeron).

A la suite de la gangrène limitée, par exagération des phénomènes vaso-moteurs, peuvent se produire des infections secondaires avec suppuration, adénite axillaire, etc., mais c'est là, à la vérité, une éventualité des plus rares. G. LYON.

Lungengangrän nach Influenza (Gangrène pulmonaire à la suite de l'influenza), par RHYNER (*München. med. Woch.*, n^os *9 et 10*, *p. 187 et 215*, *1895*).

L'auteur en rapporte 3 observations :

1° Femme de 26 ans, prise le 14 décembre 1893, pneumonie au lobe inférieur droit, le 20, avec expectoration fétide; le 21 nouveau foyer au lobe supérieur droit; le 24, foyer au lobe moyen, le 31 résolution débutante, le crachat reste très fétide; en janvier 1894 surviennent de nouveaux foyers dans les points anciennement enflammés ; morte, le 9 janvier 1894, de septicémie.

2° Etudiant de 22 ans, pris le 7 décembre 1893, pneumonie droite le 12 décembre, néphrite le 14; le 18, le poumon gauche est libre; le 19, pyopneumothorax droit; le 22, empyème (guérison après 7 mois).

3° Domestique de 20 ans, pris le 26 novembre 1893, puis signes de pneumonie gauche, et à l'entrée; le 5 décembre, pleurésie séreuse gauche ; le 11 décembre, crachats fétides abondants; le 16, pyopneumothorax gauche; le 20, empyème, signes d'hecticité, passage progressif à la phtisie pulmonaire.

C. LUZET.

Plessimétrisme hydro-aérique à la base du thorax, à gauche, par L. GALLIARD (*Congrès de méd. Bordeaux*, *1895*).

Chez un phthisique âgé de 25 ans, atteint d'hydro-pneumothorax total à gauche, avec refoulement du cœur à droite du sternum, sans abolition complète de la sonorité de l'aire de Traube, la percussion profonde permettait de distinguer, en allant de bas en haut, quatre zones superposées, le malade étant assis :

1° Zone très étroite avec matité absolue ;

2° Zone horizontalement étendue de la colonne vertébrale (niveau des 9e et 10e vertèbres dorsales) jusqu'au voisinage de la ligne mamelonnaire, haute de trois travers de doigt en arrière, plus haute en avant, limitée en haut par une ligne obliquement ascendante qui passait près de l'angle inférieur de l'omoplate, fournissant un bruit hydro-aérique ou métallique, bien distinct du bruit de pot fêlé ;

3° Zone fournissant de la matité absolue;

4° Zone tympanitique correspondant à la collection gazeuse.

Le malade étant couché à droite, tout le côté gauche devenait tympanisé. Le malade étant couché à gauche ou sur le dos, on retrouvait la sonorité hydro-aérique, toujours dans la seconde zone, à condition que le liquide vînt baigner la paroi thoracique; impossible de déterminer de la matité absolue dans cette zone; impossible de trouver la sonorité spéciale en dehors de cette zone.

Le phénomène ne persista que pendant six jours avec ces caractères. Le liquide s'étant élevé vers le tiers supérieur de la poitrine, disparition du phénomène qui ne fut pas retrouvé après la thoracentèse.

La masse liquide étant ébranlée par la percussion, c'est l'estomac qui a joué le rôle de caisse de résonnance. On peut donc dire ici : Son de percussion *pleuro-stomacal*. Piorry a constaté un symptôme analogue dans la pleurésie diaphragmatique, à gauche, au voisinage de l'estomac. A. C.

Kyste hydatique du poumon gauche ouvert dans la plèvre, par TROQUART (*Congrès de méd. Bordeaux*, *1895*).

Un jeune homme, ayant depuis quelques années des hémoptysies de cause inconnue, fut pris subitement de douleur déchirante à gauche du thorax, avec orthopnée ; signes d'hydropneumothorax. Incision le vingtième jour, amenant une grande quantité de pus fétide et des membranes provenant d'une vaste poche hydatique. Irrigations antiseptiques pendant deux mois. Après ce temps, la cavité mesurait encore 25 centimètres dans tous les sens ; pas d'opération d'Estlander. Au bout du troisième mois, la cavité s'était comblée d'elle-même ; guérison complète. L. GALLIARD.

Des infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire, par TEDEL (*Thèse de Montpellier*, *1895*).

L'auteur donne dans ce travail le bilan exact de nos connaissances sur la question à l'étude, depuis une époque relativement récente, des infections mixtes dans la tuberculose pulmonaire. Il confirme notamment l'existence des infections mixtes dans la tuberculose à forme pneumonique ; il a tantôt trouvé, au niveau des foyers pneumoniques, les microbes vulgaires, à l'exclusion du bacille tuberculeux qui existait seulement dans les lésions de tuberculose typique ; tantôt il n'a constaté aucun microbe dans ces foyers, le bacille existant toujours au niveau des lésions franchement tuberculeuses. G. LYON.

Des phénomènes de flot dans les épanchements pleurétiques, par BARD (*Congrès de méd. Bordeaux*, *1895*).

La recherche du flot doit être faite dans le sens antéro-postérieur, la main antérieure étant placée à la base du thorax, au niveau du sinus costo-diaphragmatique. Dans la recherche avec une seule main, il faut procéder par percussions courtes et rapides, afin d'obtenir une sensation de tremblotement.

Ce dernier signe est précoce et très sensible. Il donne de bons renseignements sur l'état du poumon sous-jacent, le degré de tension et de mobilité de l'épanchement.

Le flot antéro-postérieur fixe sur la quantité de liquide épanché et sur la limite supérieure de l'épanchement. Il renseigne sur les adhérences pleurales. L. GALLIARD.

Pleurésie purulente à strectocoques morts au cours d'une tuberculose pulmonaire, par AUCHÉ (*Congrès de Bordeaux*, *1895*).

Au cours d'une tuberculose pulmonaire au premier degré, un épanchement purulent rapidement développé, à gauche, a fourni des microbes de deux espèces :

Bacilles de Koch fort rares et peu virulents; un lapin inoculé sous la peau n'a présenté aucune manifestation tuberculeuse; un lapin, après injection intra-veineuse du pus pleural, n'a eu que deux tumeurs blanches;

Streptocoques, très abondants sur lamelles, ne poussant dans aucun milieu, ni en culture aérobie, ni en culture anaérobie, ne donnant lieu à aucune réaction sur deux lapins inoculés avec une forte dose de pus.

Donc ces streptocoques étaient morts. Cela prouve que, lorsqu'un épanchement pleurétique purulent ne donne pas de cultures sur milieu nutritif, il ne faut pas le considérer nécessairement comme tuberculeux.

L. GALLIARD.

Influence de la pleurésie sur la marche de la tuberculose pulmonaire, par E. LANOS (*Thèse de Paris, 1895*).

Bien que l'on soit généralement porté à considérer comme grave cette apparition d'un épanchement pleural au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, il est des cas où cette complication semble être avantageuse. Cette influence heureuse paraît être le résultat de l'immobilisation de la compression du poumon sous-jacent et de la diminution de son activité fonctionnelle. Lorsque l'épanchement, par son abondance, ne met pas la vie du malade en danger, lorsque le poumon du côté opposé peut faire tous les frais de la respiration, l'auteur se range de l'avis de ceux qui ne pratiquent pas la thoracentèse et laissent à la nature le soin de la résorption; cependant, si le liquide n'a aucune tendance à se résorber, il est d'avis d'intervenir.

C. GIRAUDEAU.

Études sur les affections congénitales du cœur, par THÉRÉMIN (*In-4°, avec atlas, Paris, 1895*).

Les pièces anatomiques qui ont servi à la rédaction de ce travail ont été recueillies à l'hospice des Enfants Trouvés de Saint-Pétersbourg et sont conservées dans le Musée de cet établissement. Elles sont au nombre de 106 et présentent presque tous les types connus de lésions congénitales du cœur et des gros vaisseaux qui en naissent. Ces lésions ont été d'ailleurs reproduites dans un atlas joint à l'ouvrage de Théremin, ce qui, dans un grand nombre de cas, facilite leur description. Sténoses de l'isthme de l'aorte, transpositions de l'aorte et de l'artère pulmonaire, trou artériel commun, sténoses et atrésies de l'artère pulmonaire et de l'aorte, perforation des cloisons ventriculaire et auriculaire, anomalies des veines pulmonaires et des valvules semi-lunaires se trouvent ainsi chacune reproduites un grand nombre de fois. Dans aucun travail, croyons-nous, un aussi grand nombre et une aussi grande variété d'observations d'affections congénitales du cœur ne se trouve rapporté en détail; aussi sera-t-il consulté avec fruit par tous ceux que l'étude des affections cardiaques intéresse.

C. GIRAUDEAU.

Des troubles cardiaques simulant l'hypertrophie cardiaque de croissance, par Mme RECHTSAMER (*Thèse de Paris, 1895*).

L'hypertrophie cardiaque dite de croissance n'est qu'une apparence; la maladie doit, d'après l'auteur, recevoir le nom de pseudo-hypertrophie de croissance. En effet, les symptômes ordinaires de l'hypertrophie du

cœur font défaut : pas d'augmentation de la matité cardiaque, pas de signes de lésions orificielle ou valvulaire; mais abaissement de la pointe, dû à un semblant de descente du viscère, dont la cause directe est dans l'allongement vertical du thorax. Le traitement consiste en exercices physiques et en gymnastique, contrairement à ce qu'on ordonne ordinairement dans les affections du cœur. C. GIRAUDEAU.

Des souffles précordiaux, par GRASSET (*Montpellier méd., 8, p. 145, 1895*).

L'auteur étudie les différents souffles que l'oreille peut percevoir au niveau de la région précordiale et rappelle la distinction qu'il est indispensable d'établir entre les souffles organiques et les souffles inorganiques. En ce qui concerne les dédoublements, il les attribue à la différence de tensions qui se produisent dans la grande et la petite circulation; il y a éclat aortique et dédoublement diastolique, quand l'abaissement des valvules aortiques précède l'abaissement des valvules pulmonaires, c'est-à-dire quand il existe une hypertension dans la grande circulation, comme dans l'artério-sclérose, le mal de Bright scléreux; il y a, d'autre part, éclat pulmonaire et dédoublement diastolique, quand l'abaissement des valvules pulmonaires se produit avant celui des valvules aortiques, c'est-à-dire quand il y a hypertension dans la petite circulation, comme on l'observe dans les lésions initiales.

Contrairement à Potain, qui ne fait pas du bruit de galop un dédoublement, Grasset croit que ce bruit est également un dédoublement imputable à une inégalité de tension.

Les souffles inorganiques sont d'un diagnostic souvent malaisé ; leur pathogénie est également fort discutée : tandis que les uns les localisent dans le cœur ou l'artère pulmonaire, Potain les considère comme extracardiaques et prenant leur origine dans le poumon. Ces souffles peuvent siéger dans tous les points de la région précordiale, ils sont systoliques le plus souvent, ou plutôt mésosystoliques, occupant l'intervalle des deux bruits; ils ont un timbre doux, aspiratif, superficiel; de plus, ils sont, en général, très mobiles et peuvent être, mais pas toujours, supprimés par la suspension de la respiration, etc. G. L.

Accès de tachycardie d'origine gastrique (ptomaïnique), par G. LAURENTI (*Riforma med., 30 et 31 mai 1895*).

L'auteur a observé un malade dyspeptique, dilaté, qui présentait des accès de tachycardie. Passant en revue les diverses hypothèses susceptibles d'expliquer cette tachycardie, l'auteur élimine toutes les causes connues de tachycardie pour rattacher ce trouble fonctionnel à la dyspepsie. Il ne pense pas qu'elle soit de cause mécanique (par compression du vague), car la tachycardie eût été permanente, mais il pense qu'elle est d'origine toxique et due à la résorption des ptomaïnes qui se produisent dans l'estomac dilaté. G. LYON.

Essai sur les formes cliniques de la symphyse cardiaque, par V. MANESSE (*Thèse de Paris, 1895*).

Deux formes de symphyse cardiaque sont maintenant individualisées : la symphyse rhumatismale et la symphyse tuberculeuse.

La symphyse rhumatismale apparaît à la suite des rhumatismes qui

durent longtemps, récidivent facilement ou envahissent d'emblée tous les tissus cardiaques, elle détermine immédiatement des troubles fonctionnels sévères, puis des signes physiques faciles à constater, enfin elle aboutit plus rapidement que les cardiopathies vasculaires, à un état subasystolique spécial, surtout chez l'enfant.

La symphyse tuberculeuse appartient au groupe des tuberculoses atténuées, tuberculose des séreuses ou tuberculose ganglionnaire ; elle évolue souvent associée à une tuberculose pleurale. Cliniquement, elle se caractérise à l'inverse de la forme précédente, par l'absence des signes physiques, par une asystolie aiguë évoluant en 3 à 5 mois, par une dilatation considérable du cœur, et par un état général spécial (fièvre, amaigrissement, pâleur, épistaxis). C. GIRAUDEAU.

Étude clinique sur la thrombose du tronc basilaire, par C. HIESCO (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur a relevé 31 observations, dont 2 inédites, de thromboses du tronc basilaire et des artères vertébrales. La syphilis en est la cause la plus fréquente. Elles déterminent des attaques apoplectiformes, des paralysies des membres et des nerfs crâniens, combinées de diverses façons qui accusent le siège bulbaire de la lésion. C'est surtout par le groupement et l'évolution de ces accidents que le diagnostic de thrombose peut être porté. Ce groupement et cette évolution permettent de distinguer quatre formes : foudroyante, hémiplégique rapide, hémiplégique avec prodromes, compliquée par d'autres accidents cérébraux. P. S.

Sur un cas de cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme ; disparition des douleurs sous l'influence de la laparotomie exploratrice, par MATHIEU (*Soc. méd. des hôp., 10 mai 1895*).

Un homme de 25 ans, entré à l'hôpital en mai 1894, souffrant depuis 1890. A la suite d'un surmenage, il éprouva soudain de violentes fringales, survenant 2 heures après les repas, s'accompagnant de crampes douloureuses, que calmait l'injection des aliments. Le traitement rationnel de l'hyperchlorhydrie n'amena aucune amélioration.

Puis survinrent vomissements, amaigrissement, anorexie, teint pâle. Une analyse, en avril 1894, montra une très faible acidité du suc gastrique, l'urine contenait 28 grammes d'urée par litre en juin, on pratiqua la laparotomie ; on trouva des nodosités cancéreuses disséminées sur le péritoine, le grand épiploon, l'intestin, une plaque cancéreuse près du pylore.

Après l'opération, les douleurs disparurent absolument, l'appétit revint, mais une diarrhée abondante survint qui amena la mort fin août. H. L.

Une forme latente de l'épithéliome stomacal, par JASIENSKI (*Thèse de Paris, 1895*).

Trois observations intéressantes d'ictère chronique :

1° Epithéliome stomacal sérébrant avec lymphangite et adénopathie rétro-stomacale chez un homme de 63 ans. Envahissement du cholédoque par le néoplasme et ictère chronique. Enorme tumeur formée par la vésicule biliaire. Mort par insuffisance hépatique.

2° Adénopathies du hile stomacal comprimant les voies biliaires et la veine

porte et déterminant l'ictère chronique avec ascite, chez une femme de 47 ans. Dilatation de la vésicule ; noyaux secondaires dans le foie.

3° Compression du cholédoque par épithéliome stomacal chez un homme de 41 ans. Cancer secondaire du foie. Dilatation de la vésicule biliaire.

L. GALLIARD.

A further report of achylia gastrica, par EINHORN (*Med. Record, 6 juillet 1895*).

E. a décrit sous ce nom l'état dans lequel l'estomac ne sécrète apparemment plus de suc et semble justifiable du diagnostic clinique : atrophie de la muqueuse gastrique. Il étudie de nouveau ici la symptomatologie, l'étiologie, le pronostic et le traitement de cette condition morbide.

CART.

Ueber Œsophagoskopie, par Th. ROSENHEIM (*Berlin. klin. Woch., n° 12, p. 247 et 264, 25 mars 1895*).

Rosenheim reproche aux œsophagoscopes de Mackenzie, de Störk (*Wiener klin. Woch.*, 1887) et de Löwe (*Deutsche med. Woch.*, 1893) de ne permettre de voir que la partie supérieure de l'œsophage. C'est Mikulicz (*Wiener med. Presse*, 1881) qui, en appliquant à l'œsophagoscopie les principes de l'urétroscopie, a vraiment frayé une voie pratique. Von Hacker (*Wiener klin. Woch.*, 1889 et 1894) a perfectionné la méthode d'endoscopie de Mikulicz. Depuis deux ans que Rosenheim étudie la question, il a dû renoncer à employer l'instrument de Störk, qui permet l'exploration le malade étant assis, et en revenir au procédé de Mikulicz, bien qu'il nécessite que le malade soit couché, la tête pendant en bas.

Pour la description de l'instrument et son introduction, nous renvoyons au travail de Rosenheim, qui est accompagné de dessins et contient le résultat de nombreuses recherches sur le cadavre, prouvant qu'il n'existe aucun rapport constant entre la taille du corps et la longueur de l'œsophage, ainsi que le dit Stauss (*Die Sondirung der Œsophagus. Thèse de Berlin*, 1884).

J. B.

Ueber Gasbildung in der Leber bei Cholelithiasis (De la production de gaz dans le foie, dans la cholélithiase), par HINTZE (*Münchener med. Woch., n° 10, p. 209, 1895*).

Un homme de 25 ans fut pris, en 1893, de douleurs rapportées à un ulcère de l'estomac, quelques mois après il entre à l'hôpital avec des symptômes de pneumonie de la base droite ; mais le foie est gros et sensible à la pression. Quelques jours après surviennent des frissons, l'ictère s'établit. Puis la cyanose et la dyspnée surviennent ; tout le côté droit de la poitrine est mat, et il existe du souffle bronchique, en arrière ; en avant, bruit tympanique, foie très douloureux. Une ponction retire 830 centimètres cubes de liquide vert sale, puriforme. On pense successivement à un ictère perforant ouvert dans le foie, à une pyléphlébite, à un empyème sous phrénique. Mort le surlendemain. A l'autopsie, périhépatite fibrineuse ; le foie est gros, il crépite sous le doigt et donne un son tympanique, il renferme des bulles gazeuses et un liquide verdâtre ; l'ampoule de Vater est obstruée par un calcul ; il y en a aussi dans les branches du canal hépatique ; dilatation des voies biliaires. Le poids du foie est de 4,500 grammes. Les microbes cultivés produisent des gaz.

C. LUZET.

Des pyopérihépatites tuberculeuses, par REVERSEAU (*Thèse de Paris, 1895*).

Cette thèse contient une observation originale.

Homme de 41 ans, alcoolique, ayant eu de la diarrhée en 1892, entrant à 'Hôtel-Dieu de Nantes, en 1893, pour des troubles gastriques; dilatation énorme de l'estomac; lavages. En juin, diarrhée continuelle, douleurs vives à la région diaphragmatique droite; frottements. On admet une pleurésie diaphragmatique. Le foie n'est pas abaissé. Tuberculisation des poumons. Mort le 20 septembre.

Autopsie. On voit s'écouler du péritoine 300 grammes de liquide ascitique. Granulations tuberculeuses semées sur le péritoine pariétal et envahissant l'épiploon. Anses intestinales agglutinées. Entre la masse formée par la portion supérieure du jéjunum et le foie, on trouve une poche remplie de pus. Autre abcès plus volumineux, enkysté, entre la convexité du foie et le diaphragme, contenant environ 300 grammes de pus. Le foie présente des tubercules. L'abcès sous-phrénique doit être considéré comme résultant d'un abcès tuberculeux du foie. L. GALLIARD.

Ictère infectieux bénin à streptocoques; myélite expérimentale, par SABRAZÈS et MONGOUR (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Un homme de 58 ans est atteint d'ictère avec gonflement de la rate, albuminurie; fièvre pendant une semaine; guérison. La ponction du foie permet de retirer quelques gouttes de sang, et ce sang contient un streptocoque.

Une culture récente de ce microbe est inoculée dans les veines d'un lapin qui présente, le troisième jour, de la paraplégie antérieure, devient bientôt complètement paraplégique et meurt le douzième jour. A l'autopsie du lapin, myélite dégénérative diffuse, subaiguë, intéressant surtout les cellules des cornes antérieures. L. GALLIARD.

Rapports de l'intestin et du foie en pathologie, par HANOT, J. TEISSIER, PLANTÉ, BOINET et CASSAET (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Il appartenait à Hanot de fournir un exposé complet de la pathologie hépatique en mettant à profit ses propres travaux et ceux de ses élèves. Son rapport a la valeur d'un traité magistral; il échappe à l'analyse.

J. Teissier a étudié successivement, comme Hanot, l'influence des maladies du foie sur les fonctions de l'intestin et l'influence des maladies de l'intestin sur le foie.

Après avoir démontré que la bile, très faiblement antiseptique, a une action antitoxique puissante et que le meilleur antiseptique biliaire (salicylate de soude) est le meilleur cholagogue; après avoir étudié le rôle protecteur du foie et l'insuffisance hépatique, il a décrit des expériences, faites avec Guinard, sur les chiens, et dont voici la conclusion: certaines toxines microbiennes et très probablement les toxines à pouvoir diastasique intense, introduites dans la veine porte, acquièrent dans le foie une virulence plus grande et, bien qu'elles y aient été retenues un certain temps, déterminent des accidents plus rapidement mortels que si elles avaient été introduites, à doses égales d'ailleurs, dans le système veineux périphérique.

D'après Teissier, et contrairement à ce que nous admettions jusqu'ici, le foie serait donc capable, dans certaines circonstances, de renforcer l'action des toxines (pneumobacilline, toxine diphtérique); il s'agirait là

d'une exaspération de la toxicité et non pas de phénomènes surajoutés dus à la destruction des cellules hépatiques, car on ne constate pas d'altérations très marquées de ces cellules.

Cette fonction nouvelle du foie permettrait d'expliquer la soudaineté et la gravité de certaines intoxications d'origine intestinale : dysenterie, choléra, botulisme.

Planté oppose l'atrophie hépatique observée dans la diarrhée de Cochinchine (qui intéresse seulement l'intestin grêle) à l'hypertrophie d'origine dysentérique (gros intestin). La différence tient peut-être à la spécialisation des lésions de l'intestin : pas d'ulcération dans la première des maladies ; ulcérations servant de portes d'entrée aux microorganismes dans la seconde. Au point de vue pratique, nécessité de l'antisepsie intestinale, utilité des lavages du gros intestin avec la solution faible de sublimé chez les dysentériques.

Boinet n'admet pas la distinction établie par Planté ; d'après lui, la diarrhée de Cochinchine s'accompagne souvent d'ulcérations légères. La congestion du foie est attribuable à l'impaludisme et à l'alcoolisme plutôt qu'à l'abus de la viande. Le gonflement existait chez des soldats atteints de *fièvre des bois*, et dans le sang il y avait des microcoques à côté des hématozoaires de Laveran.

Cassaët discute le rôle de l'infection dans la pathogénie de la lithiase biliaire et accepte l'origine infectieuse de la lithiase cystique tandis qu'il la repousse lorsqu'il s'agit de la lithiase hépatique. La distinction que l'auteur cherche à établir entre les deux variétés de lithiase n'est pas justifiée par les faits. L. GALLIARD.

Cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie, par GILBERT et CLAUDE (*Arch. gén. de méd.*, *mai 1895*).

Une fille de 22 ans fut prise de malaises en août 1893, inappétence, insomnie, prurit, crises gastralgiques, puis subictère.

Après plusieurs crises simulant des coliques hépatiques, l'ictère devint permanent ; en décembre, la jaunisse était intense, les urines foncées, les selles jaune clair, ou noires, ou décolorées ; le foie était énorme, dur, sans bosselures ; puis survinrent des épistaxis et des hémorragies intestinales, en même temps que la rate grossit. Quoique l'on ne trouva pas la vésicule distendue, on se décida le 31 mai à une laparatomie. On trouva le foie lisse, vert foncé, avec petites nodules blanchâtres ; la vésicule était distendue par la bile noire, pas de calculs biliaires. La malade fut prise de fièvre, d'accidents de péritonite et succomba 3 semaines après l'opération.

A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée, surtout au niveau du foie, avec désunion des sutures entre la vésicule et le jéjunum ; le foie gros pèse 3 kil. 300 grammes, présente un semis de granulations jaunes ; à la coupe on voit un grand nombre de nodules arrondis, blanchâtres, et enfin une tumeur cancéreuse, grosse comme les deux poings, à convexité du lobe droit ; le canal cholédoque est dilaté près de la vésicule et rempli par une masse jaunâtre, molle, libre dans la cavité, se prolongeant dans la branche droite du canal hépatique jusqu'au niveau du cancer massif ; la paroi du cholédoque est saine, ainsi que l'estomac et les autres organes. L'examen histologique montra qu'il s'agissait pour les parties saines du foie, d'une cirrhose biliaire très développée et d'une hépatite parenchymateuse surtout accentuée au voisinage de la tumeur cancéreuse ; celle-ci était constituée par uu fin stroma

limitant de larges cavités remplies de grosses cellules de 20 μ ; dans la partie centrale le stroma disparaissait et il n'y avait plus qu'un amas de cellules sans ordre.

Les auteurs admettent que la cirrhose a été consécutive au cancer par suite d'un trouble mécanique, l'obstruction du cholédoque par un bourgeon cancéreux. H. L.

Influence des maladies du foie sur l'état des reins, par GOUGET (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur a pratiqué de nombreuses expériences sur les animaux.

Le retentissement du foie sur le rein doit être étudié dans deux conditions distinctes :

1° *Il y a ictère.* — On trouve l'infiltration pigmentaire, la désintégration granuleuse, l'éclaircissement progressif et quelquefois la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales du rein. L'expérimentation permet d'attribuer la plus grande part, dans la pathogénie de ces lésions, à l'action des sels biliaires.

2° *Pas d'ictère.* — Lésions rénales presque aussi fréquentes qu'avec l'ictère ; l'infiltration pigmentaire est seule absente. D'après les résultats de l'expérimentation, les différents principes anormaux contenus dans l'urine au cours des maladies du foie sont plus ou moins toxiques pour le rein. Le maximum de toxicité appartient à la leucine, à la tyrosine, à la taurine, aux peptones.

En général, intégrité des glomérules, du tissu interstitiel, des vaisseaux. Les tubes contournés sont atteints par petits groupes et en petit nombre. Au point de vue des symptômes, l'albuminurie a peu de valeur ; la présence des cylindres a un peu plus d'importance.

Le pronostic des affections du foie est singulièrement aggravé par les lésions rénales. L. GALLIARD.

Des cirrhoses pigmentaires, par ACARD (*Thèse de Paris, 1895*).

La cirrhose pigmentaire s'observe surtout dans le diabète sucré ; mais elle peut exister en dehors de cette maladie. L'apparition de la glycosurie qui, souvent, coïncide avec l'apparition de la pigmentation peut lui être consécutive.

D'après l'auteur, la glycosurie ne survient que lorsque le pancréas est envahi par la sclérose ; les altérations hépatiques ne suffisent pas.

La matière colorante trouvée le plus souvent est le pigment ocre (hydrate de fer colloïdal, d'après Auscher et Lapicque) ; on voit parfois aussi un pigment noir d'origine organique. Ces deux pigments résultent du dédoublement de la molécule d'hémoglobine. L. GALLIARD.

Note sur le mécanisme de l'asystolie hépatique, par HANOT (*Soc. méd. des hôp., 24 mai 1895*).

Une femme de 46 ans est sujette depuis 4 ans à de vives douleurs dans le ventre, qui augmente de volume, puis diminue. En août 1893, elle a une congestion pulmonaire suivie du retour des douleurs et d'un ictère de moyenne intensité. Depuis 18 mois elle boit tous les jours un verre de vulnéraire. A son entrée à l'hôpital, le 30 octobre, on trouve une forte ascite, la rate

grosse; au cœur, un souffle présystolique et un systolique. Après une ponction (10 litres), on trouve le foie gros mesurant 25 centimètres, et animé de pulsations synchrones avec la systole ventriculaire; les battements expansifs sont très accentués. La malade succombe à une dyspnée progressive le 9 décembre. A l'autopsie, on trouve le cœur droit dilaté; l'orifice tricuspide distendu; l'oreillette gauche très hypertrophiée, les parois mesurant 5 à 6 centimètres d'épaisseur. L'orifice initial est transformé en un entonnoir profond qui s'enfonce dans le ventricule; il y a au fond deux petits orifices mesurant l'un 5 millimètres sur 3, l'autre 3 millimètres sur 3; au-dessous des valves minces et souples, il y a un sac membraneux surajouté, épais, fibreux. Le foie dur contient des veines béantes; le calibre des trois veines sus-hépatiques est insolite et mesure 19, 14, et 19 millimètres de diamètre; la veine cave ne mesure que 21 millimètres de diamètre; l'angle de confluence est extrêmement aigu et ces veines semblent se continuer directement avec les tissus de la veine cave et de l'oreillette droite. H. L.

Les peptones dans l'urine et le liquide ascitique révélant la pyléphlébite adhésive, par BOINET (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Chez un alcoolique âgé de 40 ans, atteint de cirrhose atrophique, le liquide ascitique contenait, par litre, 6 grammes d'albumine et 0,30 centigrammes de peptone. Dans l'urine, il n'y avait que 0,15 centigrammes de peptone par litre. A la fin, tuméfaction de la rate, parésie des membres inférieurs, forte dyspnée, somnolence, c'est-à-dire symptômes comparables à ceux qu'on observe dans la ligature de la veine porte.

A l'autopsie, veine porte épaisse, obturée par un caillot fibrineux très adhérent, à centre mou; sclérose autour des ramifications de la veine porte. Foie peu rétracté. L. GALLIARD.

Suppurative pylephlebitis, etc., par Sydney PHILIPPS (*Brit. med. Journ., p. 1205, 1er juin 1895*).

Un homme de 52 ans est pris, en parfaite santé, d'un frisson violent, qui se reproduit pendant 4 jours de suite, puis 15 jours plus tard. Il arrive à l'hôpital avec un foie et une rate énormes, un épanchement pleural que l'on ponctionne et qui donne issue à dix onces de sérosité sanguinolente : les accidents septiques persistent et le malade meurt dans le délire au bout d'un mois de maladie.

On trouve la veine porte, la veine splénique et la veine mésentérique pleines de pus. Dans cette dernière, on découvre deux fragments de crin qui ont dû provenir de l'intestin après en avoir perforé la paroi, c'est, vraisemblablement, l'origine de l'infection, dont les conséquences se sont traduites par des abcès métastatiques du foie et de la rate. H. R.

Notes of a case of acute suppurative pancreatitis with report of necropsy, par ATKINSON (*Journ. of the Amer. med. Ass., 29 juin 1895*).

Histoire clinique d'une femme de 35 ans, multipare, de bonne santé habituelle, ayant succombé en quelques mois à une série d'attaques de plus en plus longues et douloureuses, simulant la colique hépatique, sans que jamais aucun calcul ait été trouvé dans les fèces; l'ictère était intense. La palpation de la région épigastrique s'y révélait tout particulièrement, s'étendant dans l'hypochondre gauche et dépassant l'ombilic de quelques centimètres, une induration de contours irréguliers, ne modifiant pas à la vue les parois abdominales, ni fluctuante, ni mobile, douloureuse à la pression et mate à la percussion. Le

diagnostic porté fut : coliques hépatiques, enclavement d'un calcul, ictère, pancréatite suppurée avec péri-pancréatite. Quelques heures avant la mort, la tuméfaction s'affaisse subitement, ouverture de la collection purulente dans la cavité abdominale. A l'autopsie, on trouve que la tête du pancréas a presque complètement disparu, et que la part qui en reste, forme la paroi postérieure de l'abcès ; la collection purulente occupe la région normalement occupée par le pancréas ; ce qui reste de cet organe forme une masse spongieuse, comme rongée par les vers, dont les mailles sont comblées par un magma puriforme.

CART.

Malignant disease of the pancreas, par Guthrie RANKIN (*Brit. med. Journ., p. 1033, 11 mai 1895*).

Rankin publie deux observations de cancer primitif du pancréas, dont le diagnostic était fort difficile pendant la vie. Dans les deux cas, les symptômes prédominants furent l'amaigrissement rapide, la faiblesse excessive, des douleurs paroxystiques simulant soit des crises de colique de plomb (le premier malade était peintre), soit des coliques hépatiques; enfin, dans les dernières périodes de la maladie, une sensibilité épigastrique à la pression profonde. Dans la seconde observation, on sentait une tumeur. Le point intéressant de ces deux cas est l'absence constante de selles graisseuses ou argileuses, de glycosurie, de troubles digestifs et de jaunisse permanente : ce dernier symtôme, chez le premier des deux malades, se montra d'une façon intermittente, avec une augmentation passagère du volume du foie. Il n'y eut pas d'hémorragies intestinales. Par contre, chez le second malade, on retrouva une toux quinteuse d'une ténacité rare, tenant vraisemblablement à l'irritation du pneumogastrique au niveau du plexus solaire.

H. R.

État du sang dans la maladie de Bright, par Ernst FREUND (*Wien. klin. Rundsch., 27 janvier 1895*).

Travail portant sur 9 cas de maladie de Bright. Les altérations du sang, rencontrées par Freund, sont les suivantes :

1° Il y a changement dans la proportion respective de la globuline et de l'albumine dans le sérum. Tandis que normalement cette proportion est de 1 à 1,5, chez les brightiques elle est de 1 à 2 ou 3 : dans un cas elle s'est élevée de 1 à 11,3.

2° Il n'existe aucune modification dans le degré d'alcalinité du sang.

3° Les conditions de la coagulation sont modifiées. A l'état normal le sérum coagule à 70 ou 74° ; dans le mal de Bright, à 78° et jusqu'à 82° ; encore le caillot est-il moins ferme et moins consistant.

4° Le sérum brightique a un plus grand pouvoir de diffusion que le sérum normal.

H. R.

Pathologie de l'albuminurie, par SEMMOLA (*Wiener klin. Rundsch., 27 janvier 1895*).

L'auteur poursuit ses expériences d'albuminurie artificielle en injectant sous la peau de l'albumine d'œuf à des chiens. On les rend toujours albuminuriques d'abord, puis brightiques avec lésions rénales ensuite. Il résume ainsi la pathogénie du mal de Bright. L'albuminurie ouvre la fièvre, puis survient l'irritation secondaire de l'épithélium rénal, amenant, comme conséquence, la discrasie du sang avec la diffusibilité

exagérée de l'albumine du sérum, et par suite l'accroissement de l'excrétion d'albumine. Finalement on voit décroître le taux d'élimination de l'urine et se produire les infiltrations sous-cutanées, ainsi que la rétinite. Comme traitement, Semmola regarde les modifications apportées à la santé générale comme bien plus importantes que les moyens de combattre spécialement l'albuminurie, attendu que c'est un acte de défense de l'organisme d'éliminer l'albumine devenue hétérogène et toxique.

H. R.

Contribution à l'étude clinique de l'hémoglobinurie paroxystique « a frigore » par BRANDT (*Thèse de Paris*, *1895*).

Les accès de l'hémoglobinurie paroxystique essentielle se développent sous l'influence du froid, et peuvent être, chez quelques sujets, provoqués à volonté par l'action de cette cause.

Outre le mode étiologique, la caractéristique clinique de la maladie est l'altération des urines, qui ne renferment pas de globules rouges, mais seulement la matière colorante du sang sous forme d'oxyhémoglobine, de méthémoglobine, et plus rarement, d'hématine. Le microscope et le spectroscope jugent ici complémentairement.

Les lésions du sang sont peu considérables; elles représentent un léger état anémique et phlegmasique. Le sérum renferme plus d'oxyhémoglobine qu'à l'état normal, mais il n'a pas d'action globulicide directe. Il semble plutôt que l'hémoglobine soit incorporée aux globules d'une manière instable. La cause de cette altération hématique échappe le plus souvent, quoiqu'on ait incriminé la syphilis, l'impaludisme, le rhumatisme. Le froid, la marche, la fatigue, interviennent ici pour accentuer la baisse de résistance globulaire et provoquer l'accès. GIRODE.

Considérations sur l'hémoglobinurie et les hémoglobinuries brightiques, par BÉCART (*Thèse de Paris*, *1895*).

Il y a deux sortes d'hémoglobinurie, l'hémoglobinurie vraie et l'hémoglobinurie toxique. La première variété exige pour sa production l'influence combinée de deux processus : l'un d'ordre général et prédisposant, qui est représenté par un trouble de la nutrition, l'autre d'ordre local, qui engendre la congestion rénale. Les globules rouges altérés dans leur nutrition sont détruits dans le rein, où le sang s'accumule à la suite d'une poussée congestive d'origine réflexe.

Il faut encore, dans l'hémoglobinurie vraie, établir une distinction entre les formes paroxystiques et non paroxystiques. Dans les premières, qu'elles soient provoquées par le froid ou par la marche, l'acte qui détermine la congestion rénale a pour caractère essentiel d'être passager. C'est un molimen fluxionnaire, dont l'instantanéité, suivie d'une prompte détente, caractérise précisément l'allure paroxystique de cette variété.

Dans les hémoglobinuries non paroxystiques, l'acte rénal prend la forme d'une congestion réelle et durable. L'accès peut durer plusieurs jours sans interruption et se terminer par une néphrite d'origine congestive. C'est la forme prébrightique. D'ailleurs, il va sans dire que la congestion rénale, au lieu de précéder et préparer le mal de Bright, peut en être un épisode, de telle sorte que l'hémoglobinurie lui succédant, cons-

titue une variété métabrightique. Ce peut même être un accident terminal du mal de Bright.

L'hémoglobinurie toxique se produit sans le concours des deux mêmes facteurs pathogéniques. Elle suppose seulement une altération du sang, une perte de résistance des globules rouges, et enfin l'hémoglobinhémie, prélude de l'hémoglobinurie.

La cause intime et première de l'hémoglobinurie nous échappe. Mais il est assez curieux de constater que la même affection existe dans certaines races animales, en particulier chez les bovins, où elle semble due à une infection proprement dite. GIRODE.

Acétonurie et coma diabétique, par F. HIRSCHFELD (*Jahrb. f. Kinderh.*, *XXXVIII*, *p. 176*).

La suppression des hydrocarbures de l'alimentation amène chez le sujet sain une acétonurie qui va graduellement en augmentant jusqu'au huitième jour et devient ensuite relativement fixe. La quantité d'acétone éliminée varie de 200 à 700 milligrammes.

Il suffit alors d'ajouter à la ration 50 à 100 grammes d'hydrocarbures pour faire disparaître entièrement l'acétonurie. Au contraire 20 grammes d'hydrocarbures augmentent très notablement, de 100 milligrammes environ, l'acétonurie. Parmi les hydrocarbures, la fécule, le pain, les sucres, la glycérine suppriment l'acétonurie; l'alcool n'a pas d'action.

Le salicylate de soude, l'antipyrine, l'eau de Karlsbad sont sans effet sur l'acétonurie.

L'acétonurie se rencontre non seulement dans le diabète, mais dans la fièvre, les malaises de l'estomac, le cancer. Là encore la suppression ou l'addition d'hydrocarbures au régime, exerce la même influence que chez l'homme sain. A.-F. PLICQUE.

Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses, par BEZANÇON (*Thèse de Paris*, *1895*).

Les infections provoquent dans la rate deux ordres de modifications. Il y a des changements structuraux qui sont moins l'effet d'une lésion directe que l'indice d'une suractivité fonctionnelle; c'est ainsi que doivent être considérées l'hypertrophie des corpuscules de Malpighi, la multiplication directe ou indirecte des lymphocytes ou leur transformation en leucocytes mono ou polynucléaires aptes à la phagocytose, enfin la prolifération des éléments pulpaires. D'autres aspects anatomiques correspondent à de véritables lésions, surtout d'ordre dégénératif, frappant aussi bien le corpuscule que la pulpe, réalisant des nécroses parcellaires ou en foyer. Il faut rapprocher des lésions précédentes l'apparition dans la pulpe et dans les capillaires sanguins, de grands leucocytes mononucléaires ou macrophages, dans le protoplasma desquels on retrouve des produits de dégénération cellulaire, par exemple, de petits leucocytes, des débris nucléaires, des hématies et du pigment.

Cet ensemble lésionnel peut se voir à un degré variable dans toutes les infections générales et locales. Les bactéries, absentes de la rate dans ces dernières, s'y rencontrent dans les premières, et forment souvent de

véritables colonies pulpaires. Les microbes sont libres ou inclus dans les phagocytes.

De ces lésions, on déduit aisément le rôle de la rate dans la défense de l'organisme contre les infections, quoique sur ce point la pathologie expérimentale et l'observation des animaux dératés n'apportent guère de documents précis. Au contraire, l'étude objective de la rate explorée à divers stades de l'infection, met davantage en relief son rôle protecteur. La grande prédominance des phénomènes de prolifération leucocytaire sur les actes de phagocytose locale directe, montre que la rate infectieuse sert moins à détruire sur place les bactéries, qu'à produire les éléments défensifs destinés à être portés et utilisés dans les points spécialement frappés par le processus infectieux.

La pauvreté séıniologique de la rate permet de comprendre combien cette évolution est obscure. Tout se borne à la constatation clinique de l'hypertrophie splénique. Mais ce symptôme a une telle valeur, qu'il constitue souvent un argument décisif en faveur d'un syndrôme infectieux. GIRODE.

Gastrische Krisen bei Diabetes mellitus, par GRUBE (*Münch. med. Woch.*, n° 7, *p. 136*, *1895*).

Ces crises, dont l'auteur rapporte trois exemples, ont une certaine analogie avec les crises tabétiques. Elles débutent le matin de très bonne heure par des douleurs très violentes du ventre et spécialement de l'épigastre. Il y a ordinairement, mais pas toujours beaucoup de flatulence et de distension de la région. Quelquefois l'estomac est le siège de contractions violentes, extérieurement constatables. Viennent ensuite des nausées et des vomissements, quelquefois de la diarrhée. On observe en plus des crampes dans les mollets, la langue est chargée et très sale, la bouche sèche, le pouls accéléré, un peu d'élévation thermique. L'urine renferme à côté du sucre, quelquefois de l'acétone, mais, pas d'acide diacétique ni d'acide oxybutyrique. Odeur chloroformique intense. Les accès durent de quelques heures à 1-2 jours. L'auteur les considère comme des crises d'intoxication diabétique. C. LUZET.

Sueurs d'urée en général et dans la maladie de Bright en particulier, par DJORITCH (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'examen microscopique et chimique démontre la réalité d'une élimination d'urée cristalline à la surface de la peau, chez l'homme. Ces cristaux sont mélangés à des squames épidermiques, et une quantité plus ou moins abondante de graisse. Leur apparition est précédée d'une sudation abondante : la sueur est jaunâtre, visqueuse, grasse au toucher. Le dépôt se fait d'abord à la face, puis au cou, à la partie supérieure des membres et du thorax. La partie inférieure du tronc et les jambes (Drasche), sont plus rarement le siège de l'efflorescence. Enfin, la muqueuse bucco-pharyngienne en peut être couverte. Le dépôt, si généralisé soit-il, épargne la paume des mains et la plante des pieds. Il se liquéfie pendant l'agonie ou quelques heures après la mort. La cause réside dans l'anurie ou la rétention durable de l'urine. Il est vraisemblable que les matériaux gras et l'urée sont éliminés par les glandes

sébacées, mais non exclusivement. L'accident a surtout été observé chez l'adulte. Il complique le mal de Bright, le choléra plus rarement, d'autres états tels que la néphrite aiguë scarlatineuse, l'occlusion intestinale, l'empoisonnement phosphoré. Ce symptôme présage la mort à bref délai : on cite un seul cas de guérison chez un garçon atteint de néphrite scarlatineuse. GIRODE.

Remarks on the nature and treatment of pernicious anæmia, par Ralph STOCKMAN (*Brit. med. Journ., avril-mai 1895*).

Mémoire très étudié, qui constitue une véritable monographie. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

L'anémie pernicieuse n'est pas une entité morbide spéciale, mais la résultante d'une foule de conditions de débilitation générale. Celles-ci créent le développement d'une anémie banale, qui se complique, dans certains cas, d'une dégénération des vaisseaux sanguins et de nombreuses hémorragies capillaires. Le degré excessif de l'anémie tient, dans l'immense majorité des cas, à des hémorragies tantôt profuses, tantôt incessamment répétées. Le traitement doit être basé sur la notion étiologique.

H. R.

Note sur la fièvre bilieuse hématurique, par YERSIN (*Soc. de biol., 8 juin 1895*).

La fièvre bilieuse hématurique serait différente de la malaria, résiste à la quinine (Treille), ne s'accompagne pas de la présence dans le sang du parasite de Laveran, mais de l'existence dans l'urine d'un petit bacille dont les cultures tuent les souris et les lapins. DASTRE.

Essai sur la maladie pyocyanique chez l'homme, par LEGARS (*Thèse de Paris, 1895*).

L'infection pyocyanique humaine est rare, encore obscure sur bien des points : ces conditions contrastent avec la sûreté des pyocyanies expérimentales.

Chez l'homme, le microbe pathogène semble pouvoir vivre en saprophyte à la surface de la peau ou dans les cavités naturelles. Le plus souvent, il vient du dehors et frappe un organisme sain, ou un sujet débilité par une autre maladie (grippe, syphilis); ailleurs, il réalise l'infection à la faveur d'une porte d'entrée antécédente. Ce sont, en somme, les grandes lois de l'infection en général. Jusqu'ici, on a observé surtout l'infection cutanée, intestinale, respiratoire.

Cliniquement, le phénomène le plus caractéristique est la production d'une suppuration bleue ; mais ce phénomène manque souvent. On note un état typhoïde, une diarrhée profuse, des éruptions hémorragiques, une hypertrophie de la rate. Des cas aigus évoluent en 2 à 17 jours. La guérison qui est possible est souvent annoncée par une brusque défervescence thermique. Dans d'autres cas, l'allure est plutôt chronique (suppurations bleues durables).

En l'absence de signes topiques, la confusion est facile avec la fièvre typhoïde, la grippe, le typhus, etc. L'examen bactériologique et la recherche de la réaction chromogène spéciale, permettront seuls un juge-

ment certain. Quant au traitement, c'est celui des infections en général. Les exemples empruntés aux pyocyanies expérimentales permettent d'espérer qu'on pourra recourir un jour à la thérapeutique biologique.

GIRODE.

Infection pyocyanique chez l'homme, par MONNIER (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

L'infection pyocyanique généralisée peut évoluer à titre de maladie infectieuse autonome ; elle peut se révéler par des accidents intestinaux. Voici un cas où le point de départ a été broncho-pneumonique.

Homme de 53 ans chez qui l'on constate, à l'autopsie, des lésions de broncho-pneumonie, une pleurésie purulente droite, une endocardite pariétale du cœur gauche, simulant un anévrisme de la pointe du cœur.

L'auteur ayant isolé pendant la vie, dans l'expectoration, un bacille, le retrouva après la mort dans les noyaux de broncho-pneumonie, dans le pus pleurétique, dans les caillots du cœur. C'était le bacille pyocyanique. On peut l'affirmer en raison de la végétation chromogène, des hémorragies gastriques réalisées chez le lapin, surtout en raison de la réaction pyocyanique et des cristaux de pyocanine nettement obtenus.

Donc le bacille pyocyanique joue dans la pathologie humaine un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici. L. GALLIARD.

Infection secondaire à une tuberculose par G. ÉTIENNE et A. SPECKER (*Revue de méd., 10 mai 1895*).

Dans un cas de tuberculose pulmonaire à évolution lente, apparut, sur la partie antérieure du tronc, une éruption constituée par de petites plaques arrondies, saillantes, sans coloration spéciale, dures, ayant de cinq millimètres à un centimètre de diamètre, indolores et paraissant siéger dans le tissu dermique. Quelques jours après le malade fut pris de fièvre, d'ictère, d'hémorragies gingivales, tomba dans le collapsus et mourut sept jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on constata l'existence de petites tumeurs lardacées dans l'épaisseur de la peau ainsi que dans divers organes; cœur, rein, péritoine, formées par un amas de cellules embryonnaires.

Le sang extrait pendant la vie à l'extrémité du doigt, ainsi que les ensemencements de fragments nodulaires recueillis à l'autopsie donnèrent des cultures pures d'un microorganisme ayant avec le pneumocoque quelques ressemblances mais différant de lui en ce qu'il se décolore par la méthode de Gram et n'est jamais encapsulé. C. GIRAUDEAU.

Endocardite dans deux cas de streptococcie généralisée, par PICOT et HOBBS (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Homme de 39 ans, atteint d'ecthyma et de lymphangite aiguë de la jambe droite, datant de six jours. Etat typhoïde T. 39°8. Dépression systolique de la paroi au niveau du quatrième espace gauche et frémissement. Souffle systolique intense. Foie volumineux, œdème pulmonaire. Mort le septième jour.

Endocardite ulcéreuse de la valvule mitrale avec épaisses végétations ; plaques calcaires anciennes de cette même valvule et plaques athéromateuses de l'aorte.

L'examen bactériologique du sang et de la sérosité lymphangitique, pratiqué pendant la vie, a montré des streptocoques à longues chaînettes. Streptocoques à longues chaînettes dans les coupes de la peau et de la valvule mitrale.

L. GALLIARD.

Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde, par LANNOIS et LYONNET (*Congrès de méd. de Bordeaux*, *1895*).

Les abcès du foie sont rares dans la fièvre typhoïde. On peut en distinguer trois catégories : 1° l'abcès métastatique dont le point de départ est une suppuration d'un autre point du corps, notamment des abcès sous-cutanés; 2° l'abcès par ulcération typhique des voies biliaires; 3° les abcès liés à la pyléphlébite qui est elle-même causée par la lésion typhique de l'intestin.

A cette troisième catégorie se rapporte un cas observé par Lannois et Lyonnet au début de la convalescence. Le pus contenait des bacilles d'Eberth.

L. GALLIARD.

La fièvre typhoïde, par BROUARDEL et THOINOT (*Paris*, *1895*).

Ce livre est essentiellement pratique, très documenté, très précis, bien équilibré dans ses différentes parties. On saura gré aux auteurs d'y avoir introduit des renseignements qui ne pouvaient trouver place dans la monographie écrite par eux pour le « Traité de médecine et de thérapeutique. »

Après l'étiologie, après l'analyse des déterminations anatomiques et cliniques, nous trouvons ici une synthèse clinique, qui nous montre d'abord le type commun, puis les variantes de ce type : formes bilieuse ou gastrique, muqueuse, hémorragique, ataxo-adynamique, latente, apyrétique, abortive, à recrudescences. Plus loin sont étudiées les relations de la fièvre typhoïde avec divers états pathologiques, les modifications dues à l'âge, l'influence de la grossesse, les complications, les suites.

Une description si complète dispensait d'un long chapitre de diagnostic; quatre pages ont suffi pour fournir les documents nécessaires.

Les médications systématiques sont comparées aux médications symptomatiques.

L. GALLIARD.

A case of typhoid septicemia associated with focal abscesses in the kidneys (reins), etc., par S. FLEXNER (*The Journ. of pathol. and bacter.*, *p. 202*, *avril 1895*).

Jeune fille de 18 ans, présenta au vingt-deuxième jour d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, des vomissements opiniâtres, de la raideur du cou, une parésie avec perte des réflexes dans le membre supérieur droit. Pas de photophobie; pupilles égales, réagissant à la lumière; pas de strabisme. Torpeur considérable. Le membre supérieur droit présenta ensuite quelques mouvements cloniques avec accès de rigidité. Gonflement de la parotide. Albuminurie; cellules épithéliales, leucocytes et globules sanguins dans le dépôt urinaire. Température descendue à la normale.

A l'autopsie, lésions intestinales de la dothiénenterie, foie graisseux; rate tuméfiée. Les reins présentent, au-dessous de leur capsule, de nombreux foyers miliaires suppurés. La parotide est aussi infiltrée de pus.

Examen bactériologique : bacille typhique dans le sang, la rate, les reins et leurs abcès, etc. Streptocoque abondant et accompagné du bacille d'Eberth, dans les poumons; streptocoque seul dans la parotide. H. VINCENT.

Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde, par H. VINCENT (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895.*)

Sur 340 typhiques, l'auteur a vu 28 cas de phlébite fémorale (8,23 0/0) 6 fois à droite, 15 fois à gauche, 6 fois aux deux membres, une fois à la splénique en même temps qu'à la fémorale. 4 malades ont succombé. On a trouvé dans les vaisseaux thrombosés et le caillot du *staphylococcus pyogenes aureus* ou *albus*.

Même microbe, pendant la période fébrile de début de la phlegmatia, dans le sang.

La phlébite n'est donc pas causée par le bacille d'Eberth ; elle résulte de l'infection staphylococcique secondaire. L. GALLIARD.

Leucocytosis in malarial fever, par J. BILLINGS (*John Hopkins hosp. Bull., n° 42, 1894*).

Observations faites sur des fièvres intermittentes, à type tierce et quarte, contractées à Baltimore. La diminution du nombre des leucocytes pendant le stade fébrile est frappante. Le maximum se rencontre deux heures après le frisson : à partir de ce moment, ils diminuent progressivement, et leur minimum correspond à la fin du paroxysme, quand la température devient hypothermique. H. R.

Étude sur le pneumo-paludisme du sommet, par H. DE BRUN (*Bulletin Acad. de méd. et Bulletin méd., 30 janvier 1895*).

Dans cette communication, de Brun démontre qu'il existe, chez les paludiques, une manifestation pulmonaire qui est congestive dans ses formes légères, et scléreuse dans ses formes intenses et prolongées. Comme manifestations symptomatiques, on relève de la toux sans expectoration bacillaire, de la matité au sommet, du souffle sans perception d'aucun râle ; on note, en outre, de l'hypertrophie du foie et de la rate, et souvent les autres lésions du paludisme. Le traitement spécifique consiste dans l'emploi de la quinine, de la noix vomique et de l'arséniate de soude. OZENNE.

I. — Fall von Strumitis, par von BARDELEBEN (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 484, 3 juin 1895*).

II. — Kropffschwund nach halbseitiger Strumectomie, par R. KÖHLER (*Ibid., n° 6, p. 134, 11 février 1895*).

III. — Un cas de thyroïdite aiguë terminée par résolution, par GALLIARD (*Société méd. des hôp., 21 juin 1895*).

IV. — Thyroiditis acuta simplex, par Holger MYGIND (*Journal of laryng., mars 1895*).

I. — Fille de 24 ans, ayant depuis 4 ans un goître qui ne l'avait jamais gênée lorsque, le 12 novembre 1894, après quelques jours d'inappétence, elle fut

brusquement prise de fièvre, de frissons et de céphalalgie violente ; en même temps le goître était douloureux et chaud. Le lendemain, à l'entrée, légère ictère; les urines contenaient des traces d'albumine et de matière colorante, de la bile. Le foie n'est pas volumineux; 39° 2 ; 120 pulsations. Région cervicale droite, entre l'os hyoïde et le sternum, rosée chaude au toucher et soulevée par une tumeur, sensible à la pression et obscurément fluctuante. La fièvre dura encore 4 jours, puis disparut; il en fut de même de l'ictère et des autres symptômes. Seule persistait la tumeur cervicale, dont la sensibilité avait pourtant diminué. Opération le 1er décembre, consistant non seulement à ouvrir l'abcès mais à enlever toute la moitié droite du goître. La tumeur ovoïde pesait 125 grammes; elle offrait dans sa partie latérale un gros abcès encapsulé ; le reste du goître était composé de tissu thyroïdien hypertrophié avec infilration abondante de petites cellules et extravasats sanguins punctiformes. Les cultures de pus demeurèrent stériles. Guérison apyrétique.

II. — Köhler présente une femme à laquelle il a fait il y a trois ans une strumectomie droite. La tumeur thyroïdienne gauche laissée en place était aussi volumineuse que la droite qui a été enlevée avec l'isthme avait les dimensions d'un poing d'homme. Immédiatement après l'opération, le reste du goître commence à retrocéder et l'on peut constater aujourd'hui qu'il ne s'est pas reproduit. J. B.

III. — Une femme de 40 ans, après un vif chagrin a, en 1893, commencé à souffrir du tremblement, est devenue nerveuse; en 1894, elle a eu des palpitations paroxystiques, pas de goître ; pas d'exophtalmie.

Le 1er mars 1895 elle contracte la grippe qui dure une quinzaine ; le 20 mars elle prend froid et éprouve une vive douleur au cou, à droite, avec dysphagie et voit son cou gonfler ; le 24 mars on voit une tumeur grosse comme un œuf de poule au niveau du lobe droit du corps thyroïde, douloureux, avec peau rouge tendue; le lobe gauche est sensible, un peu grossi; au bout de cinq jours de traitement par antipyrine et onction de belladone, la tumeur diminua, puis disparut, sans laisser de traces. H. L.

IV. — La thyroïdite aiguë est une affection rare; l'auteur n'en a pu relever que 17 cas, et il ajoute une observation personnelle. Il a noté 21 autres cas douteux.

La thyroïdite est plus fréquente chez la femme; l'étiologie est variable sans cause connue souvent, d'origine rhumatismale dans plusieurs cas. Les symptômes sont ceux de l'hypertrophie à développement rapide, avec état fébrile, malaise général, douleur du cou, tuméfaction des tissus environnants ; un signe capital, la dysphagie plus ou moins en rapport avec le volume de la tumeur, la toux et enfin l'enrouement et un peu de gène respiratoire. L'auteur discute le diagnostic, établit que la résolution se fait spontanément sous l'influence de moyens simples.

Index bibliographique à consulter. A. CARTAZ.

A case of exophthalmic goitre with monocular symptoms and unilateral thyroid hypertrophy, par FRIEDENBERG (*Med. Record, 13 juillet 1895*).

Ce cas de goître exophtalmique avec limitation particulière des symptômes oculaires à gauche, combinés avec une hypertrophie du lobe droit de la glande thyroïde concerne une femme de 34 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires, entrée à l'hôpital comme récemment atteinte de dyspnée et de palpitations cardiaques. A l'examen, outre l'exophtalmie gauche et l'hypertrophie thyroïdienne droite, on note de la trémulation fibrillaire de la langue, du tremblement des mains, de fortes pulsations carotidiennes à gauche, un

pouls petit et dépressible, une action tumultueuse du cœur, etc., tous les symptômes communs de la maladie de Basedow. CART.

Un cas de goître exophtalmique, par AUGIERAS (*Revue gén. d'ophtalm.*, *31 mars 1895*).

Une jeune fille de 22 ans présente un goître avec tachycardie et irrégularités du pouls, essouflements au moindre exercice, sentiments de faiblesse extrême; arthritique, elle est améliorée sensiblement par le salicylate de soude, selon les recommandations de Chibret; mais deux symptômes principaux, l'insomnie et la tachycardie persistent avec toute leur intensité. Aucun des divers traitements employés contre ces symptômes, n'a d'efficacité jusqu'à ce qu'on cautérise la muqueuse nasale hypertrophiée. L'amélioration suit presque immédiatement, et elle persiste pendant un certain temps après l'intervention.

ROHMER.

Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow, par H. MIGNON (*Thèse de Paris*, *1895*).

Comme l'angine de poitrine, le goître exophtalmique, au dire de l'auteur, n'est pas une entité morbide, c'est un syndrôme qui dépend de deux ordres de causes : 1° troubles dynamiques ou fonctionnels; 2° troubles mécaniques ou matériels.

En présence d'un goître exophtalmique, il importe toujours de faire le diagnostic de la cause et de la variété du syndrôme, car de ce diagnostic dépend toute la thérapeutique à suivre.

En effet, un goître exophtalmique idiopathique survenu chez un névropathe sous la seule influence d'une vive émotion demandera un tout autre traitement qu'un basedownien chez lequel le goître est la cause primitive de tous les accidents, soit par intoxication thyroïdienne, soit par compression du cou. Les goîtres exophtalmiques réflexes demandent également une intervention dirigée contre la cause qui leur a donné naissance.

C. GIRAUDEAU.

Des modifications du pouls dans la maladie de Raynaud, par F. LOUIS (*Thèse de Paris*, *1895*).

Dans l'intervalle des accès, il existe un léger état spasmodique des parois de l'artère radiale avec hypothermie permanente de la main. Pendant l'accès de syncope locale ou d'asphyxie locale, le pouls devient petit, filiforme, par suite de la contraction spasmodique des fibres lisses de l'artère radiale; et il est accéléré, sans que son rythme soit modifié. Après l'accès, le retour à l'état normal est précédé d'une phase de vaso-dilatation locale pouvant durer quinze à vingt minutes. Le pouls, pendant cette phase de vaso-dilatation, prend sur les tracés une amplitude considérable qu'il n'atteint à aucun autre moment de l'accès, ni dans l'intervalle des accès. C. GIRAUDEAU.

I. — Acromégalie; 66e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 43*, *p. 988*, *22 octobre 1894*).

II. — Fall von Acromegalie, par ASCHER (*Ibidem*, *n° 45*, *p. 1929*, *5 novembre 1894*).

III. — A case of acromegaly with Wernicke's differential symptoms, par J. Lynn THOMAS (*Brit. med. Journ., p. 1198, 1er juin 1895*).

IV. — Notes on two cases of acromegaly, par W. RANSOM (*Ibid., p. 1259, 8 juin 1895*).

V. — Akromegalie und Trauma, par UNVERRICHT (*Münch. med. Woch., n° 14, p. 802 et 329, 1895*).

I. — *Schlesinger* présente deux malades atteints d'acromégalie dont l'un offre de l'atrophie du nerf optique gauche, une paralysie du moteur oculaire droit et de l'hémiopie temporale.

Marino a observé un cas d'acromégalie avec dilatation kystique du corps pituitaire.

Bayer a trouvé de l'oxalurie avec cristaux très volumineux.

Sternberg rappelle que l'étude des squelettes de géants a montré qu'il y a des géants physiologiques et des géants pathologiques; la plupart de ces derniers sont des faits d'acromégalie. Mais le développement gigantesque physiologique et l'acromégalie peuvent se rencontrer sur le même individu. 20 0/0 des cas d'acromégalie offrent les particularités du gigantisme physiologique et sur la totalité des géants décrits, on compte 40 0/0 de cas d'acromégalie. Il est évident que le développement gigantesque présente une prédisposition à l'acromégalie. L'hypertrophie du thymus n'est qu'un épiphénomène de l'acromégalie. Parmi les symptômes initiaux de l'affection, les douleurs et les paresthésies des extrémités méritent d'être signalés. Un malade a vu son état un peu amélioré à la suite d'ingestion de suc thyroïdien. Chez un autre, les douleurs ont cédé à l'ergotine et à la faradisation. Chez la plupart des hommes atteints d'acromégalie on note un certain degré d'impuissance sexuelle.

II. — Femme de 44 ans, éprouvant depuis deux ans des douleurs continues dans le pouce et l'index droits qui ne cessent de grossir; mêmes douleurs dans la moitié gauche du crâne et de la face et à la pointe de la langue. Squelette contrastant par son développement avec la flaccidité des muscles et l'absence de tissu adipeux sous-cutané; aucune énergie de la pression des mains. Du côté gauche, le frontal et l'arcade zygomatique sont beaucoup plus saillants; la voûte cranienne a 2 centimètres de large de plus que la droite et la hauteur du frontal gauche est de 5 centimètres supérieure à celle du droit; même excès de développement du maxillaire inférieur gauche. Le pavillon auriculaire gauche dépasse le droit de 2 millimètres en longueur et de 4 millimètres en largeur. Toutes les parties hypertrophiées sont sensibles à la pression; points douloureux à l'émergence des deux premières branches du trijumeau. Aucun trouble de la sensibilité, ni des sens spéciaux.

Aux membres supérieurs, les altérations sont concentrées aux mains, surtout à la droite où le pouce et l'index sont principalement atteints; à la main gauche, il n'y a d'hypertrophié que le métacarpien de l'index. Il n'y a d'ailleurs aucune augmentation de longueur ni des doigts, ni de la main dans son ensemble, mais une exagération de l'épaisseur du pouce et de l'index droits avec excès de développement de leurs ongles et sensibilité à la pression. Rien de net aux membres inférieurs. Le corps thyroïde est atrophié et douloureux à la palpation; pas de matité insolite due au thymus. Un peu de débilité intellectuelle outre un affaiblissement marqué de la mémoire; parole monotone et peu distincte. J. B.

III. — Jeune fille de 18 ans. A 14 ans, douleurs de tête intolérables, troubles mentaux, surdité momentanée, troubles de la vision, sensation

permanente de fatigue. Déformation progressive des extrémités et de la face.

Le cas est absolument classique quant aux altérations osseuses, mais les troubles visuels sont très spéciaux.

En janvier 1895, elle a un léger strabisme interne alternatif. Pupilles égales, réagissant à la lumière, mouvements du globe de l'œil normaux. On constate que l'œil droit est complètement aveugle ; l'œil gauche est hémianoptique du côté temporal ; l'atrophie du nerf optique est moins prononcée qu'à gauche, mais manifeste. En projetant un pinceau de lumière sur la moitié paralysée de la rétine gauche, on n'observe pas de contraction pupillaire ; en envoyant la lumière sur la portion suivante de la même rétine, on produit une contraction consensuelle des deux pupilles. L'auteur en conclut que la lésion siège probablement en avant des tubercules quadrijumeaux antérieurs, puisque les mouvements associés des pupilles ont leur localisation immédiatement au-dessous de cette région. Cette hypothèse est confirmée par l'anosmie que présente la malade. H. R.

IV. — 1° Femme de 47 ans. Début de l'affection vers 40 ans, par la déformation des mains, des pieds et de la mâchoire ; disparition simultanée des règles et développement des accidents hystériformes, irritabilité de caractère, perte de mémoire, fatigues, douleurs rhumatoïdes, troubles de la voix. Ceux-ci sont très accusés ; il existe une hémianopsie temporale double, sans paralysies musculaires de l'œil ou de la pupille, sans lésions de la papille. La malade va s'affaiblissant et succombe à une bronchite intercurrente ; inefficacité de l'arsenic et du traitement thyroïdien.

2° Femme de 34 ans. Début cinq ans auparavant par une affection fébrile aiguë, qualifiée d'influenza et suivie de maux de tête violents paroxystiques. A partir de cette date, accroissement progressif rapide des mains et des pieds, et croissance manifeste du corps. Troubles de la vue caractérisés par de l'hémianopsie. Sueurs profuses, aménorrhée. Comme chez la malade précédente, l'examen du champ visuel dénote une hémianopsie bitemporale très prononcée, avec un scotome central de l'œil droit. Les déformations des membres offrent le type classique. Les urines sont très abondantes et renferment du sucre. Aucune amélioration par les différents traitements employés (arsenic, tablettes de glande pituitaire, etc.). H. R.

V. — Le cas publié par Unverricht a trait à un homme de 31 ans chez qui les premiers symptômes d'acromégalie se développèrent à la suite d'une double entorse du bras et de la hanche, due à une chute d'un lieu élevé. La symptomatologie est au complet. L'auteur attire l'attention sur les troubles de la vision. Cécité des couleurs à la partie externe du champ visuel des deux côtés ; dans la partie interne elles ne sont perçues que sur une étendue de 15 à 20°. Scotome à la partie supérieure et centrale à droite, externe et centrale à gauche. Amblyopie externe des deux champs visuels.

C. LUZET.

Zur Frage der Bedeutung des Auftretens..... (De la signification que présente la constatation du bacille de Lœffler chez l'homme sain), par P. AASER (*Deutsche med. Woch., n° 22, p. 357, 1895*).

Une épidémie de diphtérie a régné à la caserne de cavalerie de Christiania en 1894. Elle avait débuté, au mois de juin, par un cas très grave immédiatement suivi de l'évacuation du malade et de la désinfection de la chambre et des vêtements. Malgré ces précautions, 3 nouveaux cas se déclarent ; on transfère alors tous les soldats dans un nouveau quartier où on leur donne des effets neufs. L'épidémie continue néan-

moins et on en est amené à conclure que le germe réside non dans les chambres ou les effets, mais dans les sujets. En effet, l'examen bactériologique, pratiqué sur les 89 personnes qui habitent le quartier, donne 17 cultures pures de bacilles de Loeffler. Ces bacilles, provenant d'hommes sains, étaient très virulents, puisque 0,5 de centimètre cube d'une culture de deux jours ont suffi à tuer en vingt-quatre heures un cobaye de moyenne taille. Immédiatement, les 17 cavaliers suspects sont isolés : 3 sont atteints les jours suivants d'une angine dont une à forme grave. Chez les autres, il n'y eut aucun trouble, toutefois la gorge présenta de la rougeur tant que les bacilles persistèrent. L'épidémie cessa à partir de ce moment.

Une recherche semblable ayant été faite sur les 24 enfants qui composaient le pavillon de scarlatine, 20 0/0, c'est-à-dire à peu près la même proportion que chez les militaires, présentèrent des bacilles virulents. Chez les enfants aussi, les bacilles furent retrouvés pendant une période de deux à trois semaines et toujours accompagnés d'une rougeur spéciale de la gorge. H. DE BRINON.

I. — Der Nachweis der Diphtheriebacillen in den Lungen....., par KUTSCHER (*Zeitschr. f. Hyg., XVIII, et Hyg. Rundsch., V, n° 1, p. 31*).

II. — Faktorer i difteriens etiologi särskildt staphylokockernas betydelse, par Georg HELLSTRÖM (*Hygiea, 1894, et Hyg. Rundsch., V, n° 9, p. 408*).

III. — Ueber die Mischinfektion bei Diphtherie, par Jakob BERNHEIM (*Zeitschr. f. Hyg., XVIII, et Hyg. Rundschau, V, n° 9, p. 408*).

IV. — Bacteriologische Untersuchungen an Diphtherie....., par TRUMPP (*Berlin. klin. Woch., p. 313, 8 avril 1895*).

V. — Observations sur la persistance du bacille de Loeffler chez les diphtéritiques, par Thure HELLSTRÖM (*Stockholm, 1894, et Hyg. Rundsch., V, n° 9, p. 409*).

VI. — De la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie....., par SEVESTRE (*Revue d'hyg. et police sanit., XVII, n° 4, p. 294*).

VII. — Eine morphologische Eigenthümlichkeit des Diphtheriebacillus, par C. FRÄNKEL (*Hyg. Rundsch., V, n° 8, p. 349*).

I. — Examen des poumons de 9 enfants morts de diphtérie, pratiqué sur des coupes coloriées par le procédé de Gram modifié. Dans 8 sur 9 des poumons, Kutscher a trouvé, dans les foyers de bronchopneumonie et dans les sécrétions des voies aériennes, des bacilles diphtéritiques, isolés ou groupés, libres ou enfermés dans les cellules. Les cultures lui ont fait reconnaître aussi parfois leur présence dans les autres organes, mais les simples coupes ne lui en ont révélé qu'une fois dans les reins et 1 fois dans le foie (?).

II. — L'Asile municipal d'enfants de Stockholm se trouve dans de détestables conditions hygiéniques. Une épidémie d'angines bénignes atteignit 28 des 33 enfants qui s'y trouvaient. L'examen bactériologique a montré que 14 cas étaient des angines simples et les 14 autres des angines avec bacilles de Lœffler; mais les 28 petits malades offraient tous en outre des staphylocoques pyogènes dorés.

III. — Examen bactériologique de 12 enfants atteints d'angines pseudo-

membraneuses, dont 6 durent être trachéotomisés et 3 succombèrent. Dans un seul cas, il n'y avait que des streptocoques sans bacilles diphtéritiques; dans tous les autres, se rencontraient les deux microorganismes associés; les streptocoques, généralement très abondants, étaient parfois accompagnés aussi de staphylocoques. Les streptocoques courts sont plus fréquents que les longs; les variétés qui ne troublent pas le bouillon, plus communes que les autres. La provenance d'une espèce microbienne déterminée n'a pas pu être reconnue comme correspondant à une certaine forme clinique. Le nombre et la virulence des bacilles de Lœffler et des streptocoques ne répondaient pas non plus à la gravité plus ou moins grande des cas. Donc l'examen bactériologique est insuffisant à lui seul pour résoudre la question de pronostic et la prédisposition, congénitale ou acquise, joue un rôle considérable.

Bernheim a ensuite étudié l'influence réciproque du développement simultané de bacilles diphtéritiques et de coques sur leur croissance et leur virulence. Il a constaté qu'en bouillon de viande, le bacille de Lœffler triomphe toujours des streptocoques, mais n'exerce aucune influence sur les staphylocoques; que les produits de nutrition des streptocoques et staphylocoques y favorisent l'accroissement des bacilles diphtéritiques, tandis que ceux des bacilles de Lœffler empêchent ou ralentissent le développement des streptocoques dans ce même bouillon. D'un autre côté, les expériences sur les animaux lui ont montré que les streptocoques augmentent la gravité de l'infection diphtéritique, à la fois en stimulant la pullulation et en exaltant la virulence des bacilles de Lœffler (*R. S. M.*, XLVI, 189).

IV. — Trumpp a trouvé 3 espèces microbiennes chez les diphtéritiques: 1° le Lœffler; 2° le bacille pseudo-diphtéritique, extraordinairement semblable au précédent par les conditions culturales, mais non pathogène pour les animaux; 3° des microbes inoffensifs. Chez les enfants atteints d'angine diphtéritique, le bacille de Lœffler se rencontre fréquemment aussi sur d'autres muqueuses, en particulier dans la muqueuse nasale, dans les culs-de-sac conjonctivaux et même sur la muqueuse vulvaire. Il a constaté la persistance de la virulence du bacille de Lœffler dans le pharynx, 82 jours après la terminaison de la maladie; mais la virulence en était affaiblie, car il n'a provoqué qu'un œdème local chez le cobaye. Il a également noté la présence des bacilles de Lœffler dans le nez et les yeux d'enfants n'ayant jamais offert de symptômes de diphtérie, ce qui lui fait croire que ces bacilles avaient été apportés dans la salle par des enfants diphtéritiques transférés du service spécial.

V. — Examen bactériologique de 165 convalescents de diphtérie. Chez 125, le premier examen, effectué de 1 à 12 jours après disparition des fausses membranes, n'a pas fait découvrir de bacilles de Lœffler dans le pharynx; chez les 40 autres, ces bacilles étaient encore vivants de 2 à 27 jours après la disparition des membranes, sans rien de visible sur la muqueuse.

VI. — Aux exemples qu'il a déjà rapportés (*R. S. M.*, XLVI, 100) de persistance du bacille diphtéritique après guérison, Sevestre ajoute deux faits observés en ville par Méry sur 2 sœurs traitées par le sérum. Chez l'une, le bacille a persisté, avec toute sa virulence, dans la gorge, plus de 17 jours après la disparition complète des fausses membranes, presque

un mois après le début de la maladie; l'angine n'avait pas présenté de gravité. Au milieu de la convalescence, les bacilles de Lœffler, après avoir presque disparus, sont redevenus très abondants. Chez l'autre, le bacille, après être resté virulent 3 semaines, s'est transformé en bacille court, non pathogène. Chez toutes deux, les streptocoques ont été notés dans tous les examens de la convalescence.

VII. — Comme Klein, C. Faenkel a constaté que le bacille de Lœffler peut affecter une forme arborescente. Le milieu le plus favorable pour obtenir cette variété morphologique est le blanc d'œuf cuit dur et taillé en rondelles. Tantôt les ramifications apparaissent comme de petits bourgeons émergeant à angle droit sur les côtés du bacille; tantôt, quand elles sont plus longues, elles figurent des béquilles, un T ou même un H majuscule. Cette tendance à l'arborescence est surtout marquée pour la forme longue du bacille de Lœffler. Le transport des cultures d'œuf sur œuf ne l'augmente pas et elle cesse dès que les cultures sont transférées en milieux liquides. J. B.

Ein Fall von Barlow'scher Krankheit (Un cas de maladie de Barlow), par REINERT (*Munch. med. Woch., n° 16, p. 370, 1895*).

Le cas de Reinert est caractérisé cliniquement par des hémorragies multiples, presque ubiquitaires, mais plus spécialement importantes au périoste, à la moelle des os, par des douleurs considérables des membres à la pression, par un gonflement gingival analogue à celui du scorbut; en plus, il existait une anémie considérable, de la fièvre, des œdèmes modérés et des signes de rachitisme.

L'anémie était telle que, peu avant la mort, l'hémoglobine était descendue à 17 0/0 de la normale, le nombre des hématies à 976,000 par millimètre cube. Les globules blancs ne dépassèrent pas 12,000.

Notons parmi les lésions l'augmentation de volume de la rate, l'infiltration leucocytaire du foie et des reins, la tuméfaction des ganglions lymphatiques. Ce qui rapproche ce syndrome clinique de la leucocythémie et de la pseudo-leucémie. C. LUZET.

Ostéomalacie masculine, par IMMERMANN (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 4, p. 117, 15 fevrier 1895*).

Jeune homme de 18 ans, chez lequel s'est lentement développée une ostéomalacie de tout le squelette; les courbures des os se sont accompagnées de vives douleurs. L'affection est d'ailleurs encore en progrès. Les déformations les plus intenses se voient au niveau des genoux, du bassin, du rachis, du sternum et des clavicules. La musculature est très émaciée; le malade ne pèse que 33 kilogrammes et sa taille ne dépasse pas 132 centimètres. Le crâne est resté indemne et fait un contraste frappant.

Au point de vue étiologique, il est à noter que le jeune homme a vécu dans des conditions hygiéniques fâcheuses et qu'il est originaire d'une partie du canton de Bâle-Campagne, proche voisine de l'Ergolzthal, un des foyers de prédilection de l'ostéomalacie. J. B.

Zur Frage der Trichinenwanderung (Sur la question de la pénétration de la trichine), par GEISSE (*Deutsche Arch. f. klin. Med., LV, p. 150*).

La donnée de Cerfontaine, que les trichines femelles adultes émigrent

de l'intestin, par les lymphatiques, à travers le mésentère jusque dans les ganglions mésentériques, où elles mettent au monde les embryons. n'est pas confirmée par Geisse. Ces parasites semblent de préférence se maintenir dans les glandes en tubes de l'intestin grêle et du gros intestin. Ce que prouve l'insuccès des tentatives faites pour les éliminer par les purgatifs ou les anthelmintiques. La dissémination des embryons de trichine de l'intestin dans le corps se fait principalement par le système vasculaire; en même temps, un certain nombre de vers se transportent par la paroi intestinale, la cavité péritonéale et le tissu conjonctif environnant. C. LUZET.

Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires, par GIRODE (*Soc. méd. des hôpitaux*, *25 janvier 1895*).

1° Une femme de 46 ans entre à l'hôpital le 15 février, malade depuis 2 mois, avec dyspepsie, vomissements, douleurs épigastriques subsidiaire, amaigrissement, gros foie, légère ascite, ventre ballonné. Au milieu de la région sus-claviculaire gauche, on trouve 3 ganglions, bien isolés, durs, mobiles. La malade meurt le 3 avril. Un ganglion extirpé pendant la vie était dur, gris, et était atteint d'une infiltration tuberculeuse massive, contenant de nombreux bacilles; à l'autopsie on trouva un foie atteint de cirrhose, très veineux, non tuberculeux, une masse caséo-crétacée au sommet du poumon gauche, avec un semis périphérique de granulations jeunes.

2° Un homme de 60 ans, présente les signes rationnels d'un cancer de l'estomac, et une tumeur à l'épigastre; à l'extrémité interne de la clavicule gauche on trouve un petit ganglion dur, indolent; huit jours après, ce ganglion est gros douloureux; le lendemain, gonflement en masse du membre supérieur avec œdème blanc et veines très dilatées à l'épaule et au cou; cordon veineux dans l'aisselle; un mois après la phlegmatia alba dolens a disparu, le ganglion est resté gros.

Mathieu rapporte le cas d'une femme soignée antérieurement pour un ulcère de l'estomac, chez qui, ultérieurement, survinrent des vomissements noirs et de la cachexie; en raison d'un petit ganglion dur, situé derrière la clavicule gauche, il crut à une dégénérescence cancéreuse de l'ulcère, c'était une erreur, la femme mourut; elle portait un ulcère ayant perforé l'estomac et érodé le pancréas. H. L.

Des déformations de la main dans quelques maladies générales (séméiologie et pathogénie), par GALAINE (*Thèse de Paris*, *1895*).

Dans la pathologie complexe de la main, il est possible de distinguer et de grouper un certain nombre d'affections acquises, qui présentent un aspect défini, et se développent avec les apparences de la spontanéité, mais qui sont toujours l'effet secondaire d'une causalité plus primordiale qui réalise ces déformations par le mécanisme de la dystrophie ou de la dyscrasie. On trouve là des processus néoformateurs particuliers, de nature bénigne, et qui sont à distinguer des processus néoplasiques spécifiques susceptibles de se développer au niveau des mains. Dans ce groupe se placent l'acromégalie, la chiromégalie, l'ostéopathie pneumique, les déformations hippocratiques et cyanotiques qui sont si comparables, les nodosités de Bouchard, le rhumatisme chronique progressif avec les nodosités d'Heberden, les doigts goutteux et ostéomalaciques. Sans doute l'acromégalie, la chiromégalie et le rhumatisme progressif sont comptés

comme ayant des relations nerveuses et neuro-dystrophiques importantes. Mais partout ailleurs, l'état dyscrasique et auto-toxique commande en grande partie ces singulières altérations digitales. GIRODE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Contribution à l'étude des microorganismes du canal génital de la femme, par CHATINIÈRE (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur range les microorganismes des voies génitales : 1° en hôtes accidentels *a*) venus par migrations : parasites cutanés; *b*) venus par l'air : spores, larves de mouches; *c*) venus par pommade, injections, contacts impurs : leptomitus uteri, leptomitus muci uterini, criptococcus cerevisiœ, aspergilus, mucor mucedo; *d*) venus des voies urinaires : œufs de diastomum, sarcine blanche et jaune, penicilium glancum; *e*) venus de l'intestin : poches d'échinocoques, œufs d'oxyures, ascarides lombicoïdes. 2° en hôtes habituels : *a)* animaux : amœba vaginalis, trichomonas vaginalis; *b*) végétaux : leptothrix vaginalis, oïdium albicans, levures, bacilles, cocci, diplococci, staphylococci, streptococci.

Les germes trouvés dans le vagin sont inoffensifs ou pathogènes. Le vagin se défend contre ces derniers, mais les voies supérieures n'ont pas la même protection. Le pouvoir bactéricide est dévolu aux saprophytes vaginaux. Il existe au niveau du col un obstacle très sérieux à l'extension microbienne. Les microbes qui le traversent perdent leur virulence. Inoffensifs momentanément, ils sont quelquefois prêts à recouvrer leur malignité.

Cependant, pendant la menstruation, l'accouchement et les premiers jours du post-puerperium, cette défense du conduit utéro-tubaire ne s'accomplit qu'imparfaitement. Aussi toute cause d'effraction à travers le col : injections, hystérométrie, toucher constituent des conditions offensives. Cependant l'auteur reste fidèle à la pratique des injections vaginales.

Au point de vue pathologique, l'auteur distingue : 1° l'auto-infection (microbes préexistants dans l'organisme); *a*) locale (préexistence sur place, dans les voies génitales); *b*) général (préexistence dans un foyer distant des voies génitales) transport par la circulation sanguine ou lymphatique. 2° hétéro-infection (microbes venus directement de l'extérieur : *A*) par la vulve : *a*) importation par des corps étrangers septiques, poussières de l'air, eau et liquide des lavages, verge, coït, viol, doigt, toucher, masturbation, instruments, parasites anaux et vésicaux; *b*) progression spontanée de l'urètre et de l'anus. *B*) par la trompe : migration intestinale et trans-péritonéale. Cette tentative de classification tend à substituer à l'action des anciennes diathèses : scrofule, arthritisme, herpes, l'action d'un microbe défini correspondante aux lésions spéciales, tout en montrant tout ce que leur polymorphisme apporte de complication

dans leur symptomatologie. La blennorragie, la tuberculose, l'injection septique constituent, dores et déjà, un tableau pathogénique net des lésions, de la symptomatologie, et du pronostic des types morbides bien définitif. PORAK.

Le virus tuberculeux peut-il pénétrer dans l'organisme par les organes génitaux? par W.-P. DOBROKLOWSKI (*Vratch*, *nos 19-20*, *1895*).

Le virus tuberculeux peut parfaitement pénétrer dans l'organisme de l'homme aussi bien que de la femme, par les organes génitaux. L'infection de l'homme à la femme et de la femme à l'homme par les rapports sexuels se réalise quelquefois, mais elle a pour condition la présence, dans les organes génitaux de la personne infectante, de foyers tuberculeux. Toutefois, ces foyers peuvent rester pendant longtemps à l'état latent, sans généralisation au poumon, de sorte qu'une personne apparemment saine peut infecter une autre par les voies génitales. Avec Curt-Jani et Spano, il faut admettre que la femme peut être infectée pendant l'acte sexuel par tout homme tuberculeux, même n'ayant pas de tuberculose génitale, et, par analogie, on peut admettre le même mode d'infection de l'homme par toute femme tuberculeuse. H. FRENKEL.

Ein neues Operationsverfahren bei narbiger Stenose der Scheide (Procédé opératoire nouveau pour l'atrésie cicatricielle du vagin), par ROSCISZEWSKI (*Centr. f. Gyn.*, *n° 27*, *7 juillet 1894*).

Ce procédé consiste en une autoplastie faite aux dépens de la muqueuse vulvaire. Le tissu cicatriciel du vagin est excisé dans toute l'étendue nécessaire ; il en résulte une perte de substance qui est comblée avec un lambeau de muqueuse pris sur une des petites lèvres.

L'auteur a pratiqué cette opération chez une jeune femme qui avait, à la suite d'un accouchement antérieur, une atrésie cicatricielle du vagin si étendue que le coït était impossible, c'est à peine si le canal laissait pénétrer le petit doigt. L'excision de la muqueuse vaginale fut faite dans une étendue de 5 centimètres sur 6, et la surface avivée fut recouverte avec la muqueuse de la petite lèvre gauche.

Le résultat fut heureux ; la réunion était faite au bout de quatre jours ; cependant, une petite partie du lambeau s'étant nécrosée, on dut faire une nouvelle autoplastie avec un petit morceau de muqueuse pris, cette fois, sur la petite lèvre droite. CH. MAYGRIER.

Ueber Exstirpatio vaginae, par OLSHAUSEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 8*, *p. 176*, *25 février 1895*).

Les cancers primitifs du vagin siègent le plus souvent à la partie postérieure. Comme le procédé usuel d'ablation rend difficile, quand elle est nécessaire, l'ablation simultanée de l'utérus, Olshausen a, dans 3 cas, employé un autre procédé qu'il a imaginé en 1889. Il fend le périnée en travers et se fraie un chemin non sanglant entre le rectum et le vagin jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Lorsque l'extirpation de l'utérus est nécessaire, il ouvre ce cul-de-sac, attire l'utérus et le lie. Dans le cas contraire, il n'a plus qu'à détacher les tissus morbides à leur partie supé-

rieure. Ce dernier temps opératoire est bien facilité quand on incise, sur la ligne médiane, jusqu'au voisinage du néoplasme, la partie inférieure de la paroi vaginale et qu'on maintient les lambeaux écartés. Le grand avantage de ce procédé opératoire, c'est de ne pas toucher le cancer et, partant, d'éviter son inoculation. Les 3 femmes ont guéri, mais 2 ont succombé à une récidive.

Gottschalk rappelle que Fenger (de Chicago) a publié en 1893 un cas opéré avec succès par la méthode périnéale. J. B.

I. — Operation eines totalen Dammrisses vährend der Schwangerschaft (Périnéorraphie pour une déchirure complète du périnée pendant la grossesse), par LITTAUER (*Centralbl. f. Gyn.*, *1er septembre 1894*).

II. — Operation eines totalen Dammrisses vährend der Schwangerschaft, par P. STEFFANN (*Ibidem*, *n° 44*, *3 novembre 1894*).

I. — Femme de 25 ans, ayant eu, à la suite d'un premier accouchement avec le forceps, une vaste déchirure du périnée remontant de 3 centimètres sur la cloison recto-vaginale ; une tentative de réparation du périnée est restée infructueuse. Elle devient enceinte de nouveau, et son infirmité s'aggrave à tel point et devient tellement répugnante qu'elle sollicite une opération. Döderlein fait la périnéorraphie avec succès au troisième mois de la grossesse. Celle-ci a continué son cours, et l'accouchement a eu lieu normalement au 281e jour.

L'auteur a relevé dans la littérature un certain nombre de cas analogues, où la périnéorraphie a été faite pendant la gestation avec un excellent résultat et sans entraver le cours de la grossesse : tels sont les faits de Goodel, Shepherd, Reamy, Nott, Engström et Weil.

II. — A la suite du travail précédent, Steffann publie à son tour l'observation d'une femme qu'il a opérée avec succès dans les mêmes conditions.

Il s'agissait d'une femme qui avait eu après un accouchement terminé par une application du forceps, une déchirure complète du périnée, avec incontinence persistante de l'urine des matières fécales. Cette déchirure ne fut pas réunie. Une seconde grossesse survint et évolua sans incidents : l'accouchement eut lieu spontanément et les suites furent normales. Ce n'est qu'après ce second accouchement que Steffann résolut de l'opérer. Il le fit, croyant que la femme venait d'avoir ses règles, et alors qu'elle était en réalité enceinte pour la troisième fois; elle dissimulait cette nouvelle grossesse dans la crainte de pas être opérée.

L'opération eut donc lieu au début de la grossesse. La guérison se fit sans complications, et la grossesse continua son cours. Elle se termina toutefois à 8 mois par la naissance d'un enfant mort, s'étant présenté par l'épaule ; mais cet accouchement est trop tardif pour qu'on puisse l'imputer à l'opération.

CH. MAYGRIER.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites, par E. REYMOND (*Thèse de Paris*, *1895*).

Après avoir décrit, dans un premier chapitre, les dispositions spéciales que présentent, à leurs orifices, les trompes infectées, les adhérences de la salpingo-ovarite aux organes voisins et les aspects sous lesquels elle se montre, Reymond étudie les modifications de chacun des éléments (muqueuse, musculeuse...) et fait voir que les différents tissus passent par deux phases successives : congestion et hypertrophie, sclérose et dégénérescence.

En considérant séparément les différentes variétés de salpingite, leurs caractères généraux et les rapports de l'agent infectieux dans l'évolution anatomo-pathologique et clinique de chacune d'elles, l'auteur expose en détail les résultats que ses recherches lui ont permis de consigner et que les conclusions suivantes résument très clairement :

Dans la salpingite à gonocoques, le gonocoque n'envahit que la trompe, il se trouve dans le pus et à la surface de la muqueuse, au niveau de laquelle il détermine une abondante diapédèse de leucocytes ; il ne traverse qu'exceptionnellement l'épithélium. Il pénètre dans la trompe en suivant sa lumière. L'ovaire, dans l'intérieur duquel on ne trouve pas de gonocoques est souvent scléro-kystique ; ses lésions périphériques, de même les lésions péritonéales, sont dues à l'écoulement du pus par le pavillon. La présence du gonocoque dans la trompe ne donne que rarement lieu à des symptômes généraux aigus. La salpingite blennorragique peut guérir, si le pavillon n'est pas fermé.

Dans la salpingo-ovarite à streptocoques, le streptocoque envahit les annexes dans leur totalité ; il se trouve dans toutes les couches de la trompe de l'ovaire et des ailerons, surtout dans les lymphatiques et le long des vaisseaux ; c'est, d'ailleurs par les vaisseaux sanguins et lymphatiques qu'il pénètre dans les annexes. S'il existe en même temps de la pelvi-péritonite, c'est par sa face profonde que le péritoine a été infecté. Cette variété de salpingo-ovarite, presque toujours liée à une infection puerpérale, s'accompagne de fièvre et a peu de tendance à guérir.

Quant aux autres variétés de salpingo-ovarites à pneumocoques, staphylocoques, bactérium coli commun, elles donnent lieu à des lésions variées, dont la description occupe le dernier chapitre de cette monographie.

OZENNE.

I. — Ueber Ovarialresection, par MATTHAEI (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1120, 3 décembre 1894*).

II. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin (*Ibidem n° 52, p, 1187, 24 décembre 1894*).

I. — Matthaei donne la relation de 6 résections de l'ovaire; toutes les opérées sont restées menstruées, 5 ont conçu et 4 ont eu des accouchements normaux.

Matthaei estime que la résection ovarienne est autorisée dans les kystes par rétention et les kystes dermoïdes et parfois aussi dans les kystes proliférants.

II. — *A. Martin*, qui est un chaud partisan du traitement conservateur des affections des annexes utérines, n'est pas favorable à l'ignipuncture des follicules ovariens, atteints d'hydropisie. Lorsque les kystes sont petits, il préfère les ponctionner, ce qui n'exige pas de suture et ne donne lieu qu'à une perte de sang insignifiante ou peu durable; quand ils sont gros, on doit recourir à la résection, la cautérisation étant insuffisante. Enfin si la dégénération des follicules a détruit tout l'ovaire, il ne reste qu'à l'enlever.

Dührssen trouve que l'ouverture des kystes avec le Paquelin supprime la perte du sang, et ne favorise pas la formation d'adhérences ultérieures

de l'ovaire, tandis que leur ouverture avec le bistouri s'est accompagnée d'hémorragies qui nécessitèrent une suture, origine de la soudure ultérieure de l'ovaire au péritoine. De plus, Dührssen a constaté que les ovaires cautérisés avaient subi une réduction de volume considérable. Dans les cas d'ovarite chronique double, il pratique la cœliotomie vaginale, en n'extirpant que l'ovaire le plus malade et en se bornant à faire de l'ignipuncture sur l'autre, évitant ainsi la castration, tout en assurant la guérison.

Veit approuve Matthaei de conserver, autant que possible, leurs ovaires aux femmes encore jeunes. Pour lui, l'ignipuncture et l'incision des follicules kystiques n'ont aucune valeur. Ces follicules hydropiques ne sont, en effet, que la conséquence d'une ovarite chronique et la ponction, qu'on la fasse avec le thermocautère ou le bistouri, ne peut empêcher la formation de nouveaux kystes folliculaires, car elle n'a aucune action sur l'affection première, l'ovarite interstitielle.

Dürhssen croit à la possibilité d'une guérison de l'ovarite chronique à la suite de l'ignipuncture des follicules, ce que n'admet pas *Matthaei*, qui n'accorde du reste pas davantage de confiance à la ponction. Pour lui, c'est la résection des ovaires qu'il faut pratiquer; il ne la préconise d'ailleurs que chez les femmes encore assez loin de la ménopause. J. B.

Die leitenden Gesichtspunkte für die operative..... (Technique à suivre dans le traitement opératoire des inflammations chroniques des annexes et des suppurations du bassin), par Otto KUESTNER (*Deutsche med. Woch.*, *nos 12 et 13, 1895*).

Pendant les douze premiers mois qu'il vient de passer à la clinique de Breslau, Küstner a eu à faire : 40 à 50 ablations des annexes, 25 grossesses tubaires, 40 prolapsus, 30 opérations d'après la méthode de Péan-Segond avec ou sans la modification de Landau. Il n'a perdu que 2 opérées. L'étude attentive des faits le conduit aux conclusions suivantes :

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une affection inflammatoire du péritoine ou des annexes et que l'on peut exclure l'hypothèse d'une collection purulente, la question se pose d'abord entre le traitement médical et le traitement chirurgical, car bon nombre d'inflammations d'origine blennorragique, même avec exsudat, peuvent guérir par le traitement médical, avec des résultats tout aussi bons qu'avec l'opération. Si l'intervention est nécessaire, ce n'est qu'après l'ouverture de l'abdomen et l'inspection directe des organes génitaux que l'on peut décider quels sont les organes à conserver ou ceux à sacrifier. Dans ces cas, la laparotomie est la voie préférable. Au contraire, toutes les fois qu'on soupçonne l'existence du pus, la voie vaginale est indiquée.

Trois sortes d'interventions se présentent alors à l'opérateur :

L'intervention radicale par la méthode Péan-Segond a donné à l'auteur d'excellents résultats; la fièvre et les douleurs disparaissent immédiatement et la guérison est extraordinairement rapide.

Dans certains cas, par exemple dans les récidives des opérations sur les annexes dues le plus souvent à une ligature septique, le curetage du foyer a toujours suffi à Küstner pour faire disparaître l'écoulement.

Enfin, dans d'autres cas, l'auteur s'est contenté d'aller chercher le foyer de suppuration par une dissection longue et minutieuse, faisant ainsi

comme le premier temps de l'opération de Péan, mais s'arrêtant là, sans faire aucune ablation. Après avoir lavé avec un courant faible, détruit avec les doigts les foyers secondaires, on tamponne avec la gaze au dermatol. H. DE BRINON.

I. — De l'incision du cul-de-sac postérieur avec drainage dans les suppurations et hématomes pelviens, par I. RODRIGUEZ (*Thèse de Paris*, *1895*).

II. — Traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par F. BOULLE (*Thèse de Paris*, *1895*).

I et II. — Dans ces deux monographies, les auteurs, après avoir rappelé quels sont les cas de collections pelviennes qui sont justiciables de la laparotomie, insistent sur les bons résultats que donne l'incision du cul-de-sac postérieur. On y aura donc recours le plus souvent, soit contre les hémorragies enkystées ou non, soit contre les collections volumineuses médianes ou latérales, et cela d'autant plus que l'opération n'est pas dangereuse et fréquemment suffisante pour amener la guérison. OZENNE.

Examen bactériologique de 30 cas de suppurations pelviennes, par JAYLE (*Société anat. Paris, mars 1895*).

L'auteur conclut qu'il est impossible de diagnostiquer la présence ou l'absence de microbes dans le pus, soit d'après les signes cliniques, soit d'après le siège de la suppuration.

Sur 30 cas, le streptocoque a été rencontré 10 fois, 6 fois seul, 4 fois associé au bacille coli ; le staphylocoque a été rencontré 1 fois, le bacille coli 2 fois, le gonocoque 4 fois ; 12 fois le résultat s'est trouvé négatif.

13 laparotomies ont été faites (1 bacille coli, 1 gonocoque et 11 examens négatifs) avec 9 guérisons et 4 morts.

5 incisions du cul-de-sac postérieur ou latéral ont été pratiquées avec une mort, sans que l'opération puisse être incriminée.

10 hystérectomies ont donné 2 morts opératoires.

Dans un de ces cas de mort, l'opération ne peut être accusée, car la péritonite existait lors de l'intervention. Dans le deuxième cas, le foyer purulent a été ouvert dans la cavité péritonéale et il en est résulté une péritonite mortelle.

Dans ces cas d'hystérectomie, pour les suppurations pelviennes contenant les germes ordinaires de la suppuration et qui ont guéri, la cavité péritonéale n'a pas été ouverte : dans le seul cas où elle a été ouverte, la mort est survenue. MAUBRAC.

De l'hématosalpinx, par CAMELOT (*Thèse de Paris*, *1895*).

Thèse très documentée. — Sans contester la grande importance de l'avortement tubaire dans la pathogénie de l'hématosalpinx, l'auteur s'efforce de rendre à la salpingite hémorragique, une place importante dans l'étiologie et la pathogénie de cette maladie. Il faut quelquefois accorder une place spéciale à la diathèse hémorragique. A ce propos, on trouve dans ce travail l'observation intéressante d'une femme non hémophilique qui eut outre un hématosalpinx, un coryza, une angine hémorragiques et un épanchement sanguin intra-péritonéal, après la laparotomie.

Au point de vue du traitement, l'hématosalpinx indique plus que les

autres collections tubaires, l'ablation radicale faite de bonne heure. La thérapeutique indirecte a moins de chance de réussir, car c'est un caractère de l'épanchement sanguin de récidiver. Elle est de plus dangereuse, car on risque la rupture de la trompe.

Plus tardivement, les indications opératoires deviennent celles de l'hématocèle.

L'indication dépend du diagnostic de la lésion, et celle-ci est difficile à faire avec quelque précision. PORAK.

De la perforation de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigation continue, par FLANDRIN (*Thèse de Paris, 1895*).

1° Irrigation continue intra-utérine chez une femme qui vient de faire une fausse couche (service de Duguet). On s'est servi de la sonde rigide de Pinard. La malade est très indocile. Elle accuse une douleur violente et subite et l'abdomen augmente rapidement de volume simultanément le retour du liquide par le vagin est suspendu. Mort quelques heures plus tard. On trouve à l'autopsie la perforation de l'utérus. Plusieurs litres de liquide avaient pénétré dans l'abdomen.

2° Primipare, accouchement spontané. La fièvre, se déclare dès le lendemain (service de Ribémont). La fièvre persiste pendant 9 jours, malgré des injections intra-utérines abondantes. Le dixième jour on pratique deux curetages consécutifs sans résultat. Et à la suite du second curetage, irrigation continue avec la sonde de Pinard. Aucune amélioration, mais douleur subite, augmentation rapide de l'abdomen, en même temps que l'écoulement du liquide par retour se trouve suspendu. A l'autopsie, on constate la perforation de l'utérus. L'examen nécroscopique fait encore reconnaître que le muscle utérin est profondément altéré.

Les mouvements de la malade, l'altération du tissu utérin, sa rétraction, l'emploi d'une sonde rigide paraissent être les conditions les plus importantes de la perforation de l'utérus.

L'auteur en prend texte pour faire une étude bibliographique et critique de la perforation de l'utérus. Il montre que la perforation à la suite de l'hystérométrie a été le plus souvent observée chez des femmes accouchées depuis peu de temps. PORAK.

Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibro-myomes de l'utérus et de ses annexes, par P. COSTES (*Thèse de Paris, 1895*).

Dans ce très intéressant travail, Costes a fait l'étude histologique du développement du fibro-myome utérin et des dégénérescences (sarcome en particulier) fréquentes dans ces tumeurs. Ses recherches ont porté sur 463 coupes provenant de 59 pièces prises en différents points de 21 tumeurs de l'utérus et de ses annexes.

Le fibro-myome utérin se développe, par néoformation de cellules musculaires préexistantes, autour des petits vaisseaux et des capillaires. La dégénérescence fibreuse se fait à la suite d'une diminution de la circulation, par oblitération plus ou moins complète des vaisseaux et par disparition du tissu musculaire du nodule et formation du tissu fibreux du centre à la périphérie. Il en est de même de la dégénérescence calcaire et probablement aussi de la dégénérescence graisseuse.

La dégénérescence myomateuse débute par la paroi des vaisseaux, qui

se décompose en grandes lamelles conjonctives, contenant des cellules plates largement étoilées ; la lumière du vaisseau est cloisonnée ou disparue : il y a formation d'un tissu muqueux, qui se creuse, se fond et donne naissance aux grandes lacunes observées dans ce genre de dégénérescence.

Les formations sarcomateuses sont fréquentes dans les fibro-myomes, 11 cas sur 21.

Elles débutent toujours par l'endothélium des vaisseaux. Elles s'infiltrent surtout par les pointes d'accroissement des capillaires entre les fibres musculaires et connectives qui disparaissent. Souvent les vaisseaux sont oblitérés par le sarcome lui-même. Il y a nécrose consécutive et formation de kystes sarcomateux. OZENNE.

I. — Hystérectomie abdominale; technique critique; résultats....., par E. GENTILHOMME (*Thèse de Paris, 1894*).

II. — De l'ablation des corps fibreux de l'utérus par l'hystérectomie abdominale totale. ..., par E. GUINEBERTIÈRE (*Thèse de Paris, 1894*).

I. — Etude critique de deux méthodes, mises en œuvre pour faire l'ablation des fibromes par la voie abdominale.

A la méthode supra-vaginale dont les différents procédés présentent des inconvénients et des dangers, sur lesquels tous les auteurs ont insisté, il faut préférer la méthode d'ablation totale. Après avoir discuté la valeur des trois procédés d'hystérectomie vagino-abdominale, abdomino-vaginale, et abdominale totale, l'auteur montre que les deux premiers sont longs, peu pratiques et nécessitent deux opérations successives ; aussi regarde-t-il l'hystérectomie abdominale totale comme le procédé de choix, procédé qui, d'ailleurs, d'après les statistiques connues, est suivie d'une mortalité moindre (13,8 0/0).

II. — Même étude que dans le travail précédent : mêmes conclusions. OZENNE.

Ein Fall von Torsion eines subserösen..... (Torsion d'un myome sous-péritonéal; myomotomie ; guérison), par R. v. HOLST (*Centralbl. für Gyn., n° 40, 6 octobre 1894*).

Femme de 32 ans, ayant eu plusieurs grossesses, la dernière il y a 8 ans. Depuis plusieurs années, règles profuses, prolapsus incomplet de l'utérus.

Brusquement, surviennent des accidents aigus, douleurs de ventre, vomissements, en même temps que disparaît le prolapsus. On trouve dans le ventre une tumeur dure, douloureuse, et l'utérus en rétroversion. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule. Laparotomie : on tombe sur un volumineux fibrome implanté sur le fond de l'utérus et lui ayant fait subir une torsion telle que les annexes de droite ont été entraînées à gauche et réciproquement. On fait l'ablation de la tumeur et l'hystéropexie. Guérison.

Les cas de torsion de myomes sont rares. L'auteur rappelle les observations de Cuppie, Virchow, Küster, Schröder et Skutsch. CH. MAYGRIER.

I. — Zur Myomektomie mit intraperitonealer Stielbehandlung (Myomectomie avec pédicule intra-péritonéal), par LEOPOLD (*Centralbl. für Gyn., n° 26, 30 juin 1894*).

II. — Ueber die Radikalbehandlung der Fibromyome des Uterus, par D. OTT (*Ibid.*)

I. — L'opération préconisée par Leopold se résume dans la technique suivante :

1° La paroi abdominale incisée, la tumeur est attirée le plus possible en avant; puis la plaie est suturée jusqu'à la tumeur;

2° Ligature des quatre ligaments; si le col est petit, on fait la ligature du paquet vasculaire sur les côtés de l'utérus avec de la soie;

3° Si le siège défavorable de la tumeur empêche d'arriver aux artères utérines, on place aussi bas que possible un lien élastique autour de l'utérus et de la tumeur, puis on incise circulairement la séreuse, on la décolle et on enlève la tumeur, en ayant soin de faire un pédicule aussi petit que possible, les vaisseaux sont ensuite liés transversalement de chaque côté du col;

4° On cautérise et on excise le canal cervical, on traverse le moignon d'avant en arrière, à droite et à gauche du canal cervical et sans l'intéresser, avec une aiguille armée d'un fil double, et on lie ainsi transversalement les deux moitiés de ce moignon;

5° On suture les deux lambeaux de péritoine au-dessus du moignon avec de la soie fine, et on enlève le lien élastique;

6° On suture de même à la soie ou au catgut tous les interstices sous-péritonéaux qu'on peut remarquer autour de l'utérus. On ferme enfin le ventre.

Cette opération a été faite vingt fois par Leopold pour les formes les plus diverses de fibromes, et il a eu vingt succès.

Les interventions auxquelles il a eu recours depuis 1880 pour fibromes utérins, sont au nombre de 160, et se répartissent ainsi :

Énucléations par le vagin : 46, mortalité : 0.

Castrations : 40. 2 morts, dont 1 par septicémie; mortalité 5 0/0.

Myomectomies avec pédicule intra-péritonéal : 20; mortalité : 0.

Myomectomies avec pédicule extra-péritonéal : 29; 2 morts (6,8 0/0.

Extirpations totales par le vagin : 24 ; mortalité : 0.

Il résulte de ces chiffres que, de toutes les opérations pratiquées par laparotomie, la myomectomie avec réduction du pédicule, d'après la méthode de l'auteur, est celle qui donne les meilleurs résultats.

II. — Dans une communication faite au congrès de Rome, D. Ott a exposé le traitement des fibromes utérins en insistant sur le traitement du pédicule par un procédé analogue à celui qu'on emploie dans l'ovariotomie.

Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail :

Les moyens qui n'agissent pas directement pour enlever la tumeur ne sont que palliatifs.

De ceux-ci l'électricité, d'après la méthode d'Apostoli, est le plus recommandable.

La castration doit être réservée à un très petit nombre de cas, car elle prive la femme des organes essentiels de la fécondation et ne donne que des résultats douteux.

L'augmentation progressive de la tumeur est une indication d'en pratiquer l'ablation.

Les opérations radicales donnent de meilleurs résultats quand elles sont faites de bonne heure.

L'extirpation de l'utérus fibromateux par le vagin, quand elle est possible, est préférable à la laparotomie.

L'amputation supra-vaginale est plus favorable que l'extirpation totale par laparotomie.

Le traitement intra-péritonéal du pédicule est celui qui doit être préféré.

La méthode d'amputation supra-vaginale, calquée sur l'ovariotomie, est, en raison de sa simplicité et des résultats heureux qu'elle donne, particulièrement recommandable; la mortalité de cette opération n'est, en effet, guère plus élevée que celle de l'ovariotomie. CH. MAYGRIER.

I. — Le courant continu en gynécologie, par Albert WEIL (*Thèse de Paris, 1895*).

II. — Essai théorique et clinique sur le traitement galvanique des fibromyomes de l'utérus....., par LÉYY (*Thèse de Paris, 1895*).

I. — Dans ce travail l'auteur a eu pour but de rassembler toutes les opinions contradictoires sur cette méthode thérapeutique. Après un exposé historique détaillé et après avoir énuméré les actions indiscutables du courant sur les tissus vivants, l'auteur donne les règles de la technique. Il repousse la thérapeutique galvanique dans les kystes de l'ovaire, dans les cancers, dans les salpingites, dans les états aigus, dans les endométrites purulentes fougueuses, dans les fibromes à hychorrée, les fibromes intra-péritonéaux, les fibromes dont les symptômes ne permettent pas le temporisation, les fibromes kystiques; par contre, il la recommande dans les métrites catarrhales, les métrites purulentes (avec divers autres moyens locaux), les métrites hémorragiques, les fibromes interstitiels, les fibromes avec adhérences périutérines, les fibromes hémorragiques, les fibromes mous, les fibromes inopérables. Il condamne absolument le procédé des punctures vaginales et n'admet que la galvanocaustique intra-utérine ou l'électrisation vaginale.

II. — L'auteur a eu pour principal but d'éclaircir le mécanisme intime par lequel les courants électriques continus amènent une modification des fibromyomes.

Il conclut, d'une part, que l'existence et l'évolution du fibromyome sont surtout fonction de l'élément musculaire qui contribue à former la tumeur, et, accessoirement en général, mais quelquefois en premier lieu, de la situation qu'occupe le myome par rapport à l'utérus.

D'autre part, s'appuyant sur les expériences de Weiss, il montre que le courant continu, même à petite dose, détruit la fibre musculaire striée ou lisse, Lévy explique par une action analogue dans l'économie la mort physiologique du fibromyome. Ce résultat n'est d'ailleurs pas obtenu dans tous les cas ; quelquefois la tumeur ne subit l'action du courant que dans une portion de sa surface ou bien elle est seulement déplacée par les contractions du muscle utérin qui l'enveloppe; elle peut alors devenir sous-péritonéale ou s'énucléer par le canal utérin.

L'auteur corrobore ses conclusions théoriques par quelques observations personnelles et par l'analyse et le classement de toutes les observations suffisamment détaillées, publiées ou traduites en français.

OZENNE.

Prolapsus rectal contenant l'utérus rétro-fléchi; opérations, par WYDER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 1, p. 24, 1er janvier 1895).

Femme de 46 ans; il y a un an, à la suite d'une diarrhée opiniâtre se sont produites les chutes du rectum et du vagin,

L'anus, facilement perméable pour deux doigts et à sphincter flasque, laisse saillir le rectum sous forme d'une tumeur variant d'une noix à un poing, revêtue de la muqueuse normale. Dans la paroi antérieure de cette tumeur, on sent un corps piriforme, dur, mobile, de la grosseur d'une pomme. Le prolapsus rectal ne se réduit de lui-même qu'en partie; lorsqu'il est complètement réduit, le sphincter reste béant. Par la vulve entr'ouverte, sort la paroi vaginale postérieure renversée. Immédiatement en arrière de cette paroi renversée, on trouve, quand le prolapsus rectal est réduit, le col utérin à peine allongé. Vagin très large et flasque. Utérus non augmenté de volume, rétrofléchi et mobile.

Pensant que le prolapsus du rectum était, au moins en partie, entretenu par la procidence de l'utérus au moment de la contraction des muscles abdominaux, Wyder fit d'abord l'hystéropexie ventrale le 28 mai, sans qu'il en résultât de modifications dans la procidence rectale.

Puis, le 20 juillet, suivant, il fendit le périnée, les parois postérieures du vagin et antérieures du rectum, réséqua ces deux parois et appliqua des sutures séparées par les plaies rectale, vaginale et périnéale. Guérison parfaite. Le sphincter anal admet seulement le petit doigt; le vagin non plus ne laisse pénétrer qu'un doigt. Cicatrice linéaire à la paroi rectale antérieure. Périnée de 7 centimètres, épais et résistant. Rétention parfaite des selles liquides et des gaz intestinaux.

J. B.

Hernie inguinale de l'utérus et des deux ovaires; cure radicale, par L. DEFONTAINE (*Arch. prov. de chir.*, p. 333, mai 1895).

Fillette de 7 mois, porte depuis l'âge de 2 mois une tumeur de la grande lèvre gauche, qui ne s'est pas aggravée depuis cette époque. L'enfant pousse des cris incessants. La tumeur est du volume du pouce, elle est irréductible, fluctuante, et dans le liquide on sent des masses bosselées.

Incision sous le choroforme qui montre une tumeur dont le pédicule se dirige vers le trajet inguinal. Le sac incisé laisse échapper du liquide et montre l'appareil utéro-ovarien tout entier. Pour réduire il est nécessaire de dilater avec le doigt, par divulsion, l'anneau inguinal. La paroi du sac est alors attirée, isolée, puis liée à la soie. Résection du sac au-dessous. Suture superficielle.

Guérison complète en 8 jours. Depuis l'opération l'enfant a cessé de crier.

F. VERCHÈRE.

Quelques opérations sur l'utérus et sur les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, par LEFAYE (*Thèse de Paris*, 1895).

Sur 21 observations, quelques-unes inédites, d'hystéropexie, soit pratiquée isolément, soit accompagnée d'ovariotomie d'un côté, ou de restauration vagino-perinéale : 14 fois accouchement normal, 2 fois avortement, 1 fois accouchement prématuré, 4 fois accouchement dystocique. Souvent des douleurs existent pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, on a constaté une élévation considérable du col, anteversion de l'utérus, et un défaut d'engagement de la partie fœtale, une fois procidence de cordon. La situation de l'utérus après l'accouche-

ment n'est ordinairement pas mentionnée dans les observations. Dans quelques-unes d'entre elles, il a conservé sa bonne situation.

Sur 14 cas d'opération d'Alexander, 4 fois des douleurs plus ou moins aiguës ont existé pendant la grossesse, 9 fois l'accouchement a été normal, 2 fois on a noté la présentation vicieuse de l'enfant, 2 fois de l'inertie uterine, 2 fois une délivrance anormale. La situation de l'utérus après l'accouchement n'est pas indiqué.

Aux nombreuses observations d'ovariotomie suivie de grossesse et d'accouchement normal publiées, l'auteur ajoute 3 observations inédites : 2 accouchements normaux, 1 avortement.

Dans 2 cas d'ovaro-salpingotomies, il a noté la grossesse et l'accouchement normaux.

Enfin, il rapporte plusieurs observations d'ovariotomie et de myomectomies pratiquées pendant la grossesse. Sur les 27 observations de myomectomies, la mortalité est notée 5 fois, l'avortement 7 fois, l'accouchement prématuré 1 fois, 9 fois l'accouchement normal, 5 fois la grossesse a continué son cours, mais n'a pas été suivie. PORAK.

De la colite muco-membraneuse chez les utérines....., par Ivan T. LETCHEFF (*Thèse de Paris, 1895*).

La partie la plus intéressante de cette étude est celle qui a trait à la pathogénie de la colite muco-membraneuse chez les utérines. Cette affection doit être considérée comme toujours infectieuse, soit directement par propagation d'une infection génitale à l'intestin, soit indirectement par résorption putride déterminée par un trouble mécanique d'origine génitale au cours régulier des matières. La conception de cette théorie n'est pas une simple vue de l'espit ; elle est née d'un fait d'observation : la communication des lymphatiques génitaux avec les lymphatiques du rectum.

On savait, depuis un certain nombre d'années, que les lymphatiques l'appareil génital de la femme forment un vaste réseau, dont les différentes parties sont en communication entre elles ; or des travaux plus récents, ceux en particulier de H. Morau, ont démontré la perméabilité aux injections mercurielles des adhérences inter-utéro rectales, qui sont surtout formées de tissu lymphatique, et le passage du métal sur toute la paroi correspondante du rectum, en y formant un réseau dont les troncs efférents se rendent dans les ganglions du méso-rectum. Le réseau lymphatique des adhérences étant, d'une part, un prolongement des réseaux du péritoine utérin (Poirier) et, d'autre part, communiquant avec les lymphatiques du rectum (Morau), il en résulte qu'il existe des rapports de continuité entre les lymphatiques de l'utérus et ceux du rectum, d'où la possibilité d'une infection se propageant du premier de de ces organes au second. OZENNE.

Salipyrin bei Gebärmutterblutungen, par E.-G. ORTHMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 7, p. 145, 18 février 1895*).

Zurhelle (*Deutsche medicin. Zeitung*, 1892) a le premier employé la salipyrine dans les ménorragies simples ; il dit en avoir obtenu de meilleurs résultats que du seigle ergoté et de l'hydrastis.

De son côté, Orthmann y a eu recours dans une cinquantaine de cas de métrorragies de causes diverses, à la dose quotidienne de 3 grammes. La quantité totale de salipyrine prise par les malades a oscillé entre 20 et 70 grammes, sans jamais le moindre inconvénient.

Sur les 32 femmes qui ont été revues dernièrement, 20 ont bénéficié de la médication. Des 14 atteintes de simples ménorragies, 5 seulement ont pris la salipyrine sans résultat. Contrairement aux observations de Kayser (*R. S. M.*, XLIII, 570) et conformément à celles de Bigelow (*Med. Record*, 1893), le médicament a toujours exercé une heureuse influence sur les douleurs menstruelles.

Chez 2 des 3 femmes où les règles profuses étaient liées à une affection des annexes utérines, la salipyrine s'est également montrée efficace.

Dans les 4 cas où les métrorragies coexistaient avec de la métrite, de la périmétrite ou de l'ovarite, les résultats ont été peu marqués. Il en a été de même pour les 7 malades ayant des hémorragies utérines consécutives à l'ablation partielle ou totale des annexes.

Au contraire, la salipyrine s'est révélée surtout puissante dans les 4 cas d'endométrite hémorragique consécutive à un accouchement ou à un avortement. J. B.

Hystérectomies totales pour cancer, par SCHÜLEIN (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p. 311, 8 avril 1895*).

Schülein a pour principe rigoureux de n'enlever l'utérus atteint de cancer qu'autant que les ligaments larges ne sont pas encore envahis. Il a fait ainsi 28 hystérectomies totales ; 27 des opérées sont en parfaite santé à l'heure actuelle ; la plus ancienne opération remonte à 9 ans. Une seule des femmes a succombé 18 mois après l'hystérectomie, à la suite d'une métastase dans les os du bassin ou du rachis. J. B.

Hystérectomie abdominale accidentelle, par A. CERNÉ (*Normandie méd., 1er juin 1895*).

Femme atteinte de kyste multiloculaire de l'ovaire. En faisant l'ablation de ce kyste, l'auteur note, au-dessus du pubis, un corps d'apparence fibreuse, gros comme une petite mandarine aplatie et en partie inclus dans le ligament large ; il semble retenu en bas par un pédicule myomateux de la grosseur du petit doigt ; après ligature, il est sectionné et enlevé avec le kyste. L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait de l'utérus atrophié ; la section avait porté au-dessus de l'isthme. Guérison. OZENNE.

I. — Zur Pathologie des Parovarium, par KOSSMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1120, 3 décembre 1894*).

II. — Discussion de la Société d'obstétrique et de gynécologie (*Ibidem*).

I. — *Kossmann* considère les annexes pédiculées de la trompe et du ligament large comme des trompes accessoires. Quant aux kystes du ligament large, qui sont tapissés d'épithélium vibratile et remplis d'un liquide séreux et qu'on regarde généralement comme des kystes de l'organe de Rosenmüller, il les fait dériver aussi de trompes accessoires, parce que leur paroi est formée de fibres musculaires lisses. Au lieu

d'admettre, comme Breuss et Gottschalk, que les myomes kystiques peuvent provenir des restes des canaux de Gärtner, il croit avec C. Ruge qu'ils dérivent de glandes utérines dilatées. De même, il ne rattache pas aux canaux de Gärtner les kystes vaginaux revêtus d'épithélium pavimenteux, ainsi que ceux de la paroi postérieure, tout en accordant que d'autres kystes peuvent avoir cette origine.

II. — *C. Ruge* n'accepte pas la manière de voir de Kossmann sur la genèse des kystes parovariens.

Gebhard, qui en a examiné deux cas, n'a constaté que du tissu conjonctif dans leurs parois; mais comme les utricules parovariens possèdent une tunique musculeuse propre, rien n'empêche qu'ils ne donnent naissance à des kystes à paroi musculaire.

J. B.

Du massage abdominal, par ROMANO (*Thèse de Paris, 1895*).

De très nombreuses expériences, l'auteur conclut que, chez la grenouille, les massages violents, peu prolongés (3 minutes) et sans pauses produisent l'effet que Goltz a décrit à la suite du tapotement, c'est-à-dire l'anémie persistante du cœur, produite elle-même par la paralysie des muscles abdominaux. Le massage de l'abdomen chez la grenouille, quand il est pratiqué sans pause, produit d'une façon très nette la diminution et la contraction des ventricules du cœur. Après l'opération, celui-ci augmente de volume. Pendant le massage léger, chez certains animaux, il se gonfle, ses battements ralentissent et peuvent même s'arrêter. La circulation des capillaires de la membrane interdigitale des pattes postérieures se ralentit, s'arrête pendant le massage avec dilatation des vaisseaux et s'accélère violemment après le massage et pendant les pauses. L'arrêt du cœur est spécial à certains animaux. Le massage, même très léger, de certaines régions, le détermine chez des animaux prédisposés et le maintient jusqu'à la mort.

Pendant le massage du ventre chez les lapins on a constamment enregistré l'ascension de la plume du tambour qui dénotait les battements cardiaques.

L'introduction d'une sonde intra-cardiaque chez le chien a indiqué pendant le massage le resserrement du cœur, sorte de tétanisation, suivie d'un court ralentissement, presqu'un arrêt, correspondant à une forte élévation de la tension sanguine.

La pression carotidienne s'est accrue d'une façon à peu près constante chez les lapins et chez les chiens pendant le massage léger du ventre.

Ni les effleurages, ni les massages, ni les pétrissages des membres n'ont fourni dans les expériences des résultats équivalents à ceux du massage du ventre.

La conclusion de ces expériences est que le massage du ventre possède une influence élective sur l'appareil cardio-vasculaire.

Chez la femme, l'étude de la circulation capillaire à l'aide du plethysmographe, a donné les résultats suivants : Le massage abdominal par frictions circulaires, les compressions légères et les vibrations compressives à droite et à gauche du promontoire ont donné comme minimum de résultat la vaso-constriction des capillaires digitaux pendant le massage et comme maximum de résultat la vaso-dilatation et l'augmen-

tation d'amplitude des ondes du pouls capillaire après le massage.

Les effets dynamogéniques, liés évidemment à une alternative de vaso-constriction et de vaso-dilatation du système mésentérique retentit directement sur le cœur et sur les gros vaisseaux. D'où, au point de vue clinique, le résultat obtenu dans 51 observations de massage gynécologique qui ont démontré que l'action du traitement est surtout remarquable sur l'état général, qu'il soit dépendant ou indépendant de la lésion locale, cette lésion locale pouvant guérir, souvent rester stationnaire, exceptionnellement s'aggraver. Le facies gynécologique disparaît, les forces se récupèrent, le sommeil et l'appétit renaissent, les réflexes pathologiques s'atténuent. PORAK.

Sur la dermatose de Duhring au cours de la grossesse, par Ch. PERRIN (*Thèse de Paris, 1895*).

Observation d'une femme de 35 ans à antécédents héréditaires et personnels insignifiants. Dermatite survenant pour la première fois pendant les couches, au septième accouchement. Au septième mois de la huitième grossesse, poussées cutanées, polymorphes, prurigineuses. Nouvelles poussées après son accouchement. Guérison en un mois.

Au cinquième mois de sa neuvième grossesse, réapparition aiguë de la dermatite polymorphe, prurigineuse. Insuccès du traitement arsenical. Mort de l'enfant et accouchement avant terme. Guérison un mois après l'accouchement.

Au point de vue historique, cette maladie a été confondue avec le pemphigus jusqu'en 1872. De 1872 à 1884 on l'a décrite sous le nom d'herpès gestations. A partir de 1884, Duhring la réunit à la dermatite herpétiforme polymorphe. Son caractère récidivant et ses rapports avec la grossesse restent bien établis.

On lira, dans ce travail très bien fait, toutes les considérations historiques et critiques sur l'évolution, les caractères de cette maladie, qui reste bien caractérisée et est compatible avec la bonne santé générale des sujets.

Les recherches de Bar et Tissier sur l'hypoazoturie de l'urine pendant les poussées de la dermatite, coïncidant avec leur hypotoxicité, se trouvent confirmées. L'auteur apporte une notion pathogénique nouvelle. En examinant les leucocytes contenus dans le liquide des vésicules, il a constaté que la moitié d'entre eux étaient éosinophiles, caractère que l'on retrouve communément dans la maladie de Dühring. C'est ainsi que dans le zona, dans l'érysipèle, dans le liquide des vésicules de la brûlure, dans l'herpès vulgaire, dans l'eczéma, dans la gale, dans le pemphygus foliacé, il n'existe pas de leucocytes éosinophiles. Ce caractère joint à l'hypoazoturie et l'hypotoxicité des urines engage à considérer cette maladie comme une auto-intoxication gravidique, liée au fonctionnement anormal du rein et à la présence dans le sang d'une substance qui fixe les globules blancs sous forme de granulations acidophiles. La mort du fœtus se comprendrait alors aisément. PORAK.

Contribution à la dermatite polymorphe prurigineuse récidivante, chez les femmes enceintes et récemment accouchées, par BAR et TISSIER (*Bulletin Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, février 1895*).

Une jeune femme de 28 ans, d'une bonne santé, a présenté pour la première fois, deux jours après son premier accouchement, une affection cutanée considérée comme de l'urticaire.

Au 4e mois de sa sixième grossesse, elle présenta de la fièvre et une dermatite caractérisée par des vésicules, des bulles, des prurit, procédant par poussées aigues, fébriles. Deux jours après son accouchement, alors qu'il y avait eu arrêt dans les accidents, elle eut une nouvelle poussée aigue et fébrile de la dermatite. Cinq semaines après l'accouchement, tout cessa.

Au sixième mois de la septième grossesse, la récidive de la dermatite eut lieu et la femme accoucha avant terme d'un enfant faible qui succomba sept jours après sa naissance. Pendant les couches, après une pause de l'éruption, elle a, vers le quinzième jour, une poussée suraigue, fébrile de la dermatite. Nouvelle poussée un mois après et actuellement la guérison définitive semble proche.

Il s'agit d'une dermatite aigue, prurigineuse, récidivante, polymorphe.

Au point de vue bactériologique, résultats banals.

Au point de vue chimique, on a constaté une diminution considérable de l'urée pendant les poussées où, malgré la fièvre, l'urée est tombée jusqu'à 6 grammes par jour. Les expériences ont démontré que la diminution de l'urée dans l'urine coïncidait avec son hypotoxicité.

Une corrélation bien évidente existe entre les examens de l'urine et l'alimentation. C'est ainsi que l'alimentation azotée n'amène pas d'augmentation de l'élimination de l'urée, tandis qu'elle fut nettement constatée à la suite du régime lacté.

Il est à noter que la santé générale des sujets, malgré les douleurs et l'insomnie qui en est le résultat, est toujours restée satisfaisante. PORAK.

Grossesse et variole, par LESUEUR (*Thèse de Paris, 1895*).

Sur treize observations de variole survenue dans le cours de la grossesse, observées par L. dans le service de Richardière, sept femmes guérirent sans que la grossesse fut interrompue, cinq avortèrent, dont deux eurent une variole confluente et succombèrent. Une dernière femme succomba avec une variole hémorragique au quatrième mois de la grossesse sans être accouchée. L'avortement dans le cours de la grossesse constitue un élément pronostique grave, mais non mortel. Il serait causé par le passage des microbes à travers le placenta. En fait, les nouveau-nés présentent des pustules varioliques, très rarement, il est vrai, mais dans tous les cas ils sont réfractaires à la vaccination.

Quoique les pustules soient souvent beaucoup plus confluentes aux organes génitaux qu'ailleurs, même lorsque l'accouchement survient pendant la période de suppuration, L. n'a jamais constaté dans ces cas de complications infectieuses des suites de couches. PORAK.

Klinische Studien über das Verhalten der Nieren..... (Sur l'état des reins pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches), par A. TRANTENROTH (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXX, 1*).

Travail basé sur l'examen des urines de 100 femmes, dont 54 primipares et 46 multipares.

Les femmes enceintes, dont l'appareil urinaire est sain, deviennent légèrement albuminuriques à la fin de la grossesse dans près de la moitié des cas, qu'elles soient primipares ou multipares.

Cette albuminurie est véritablement rénale le plus souvent; elle est due à des lésions de dégénérescence qui constituent ce qu'on appelle le rein gravidique.

En dehors des modifications de l'urine, le rein gravidique ne donne lieu à aucun symptôme; quelquefois cependant on observe un œdème généralisé et de l'éclampsie.

Le rein gravidique ne conduit jamais à la néphrite chronique.

La distinction de Fischer entre le rein gravidique et la néphrite gravidique est à rejeter. La grossesse, en effet, ne peut par elle-même imprimer aux reins d'autres modifications que celles qui caractérisent le rein gravidique. La néphrite véritable, lorsqu'on l'observe pendant la grossesse, est ou une néphrite ancienne qui devient alors évidente, ou une néphrite récente, mais indépendante de la gestation.

Pendant le travail, il survient très fréquemment de l'albuminurie, surtout chez les primipares; on trouve en même temps dans l'urine des cylindres hyalins, qu'on n'observe que rarement pendant la grossesse.

L'albuminurie du travail est presque exclusivement rénale : elle débute pendant la période de dilatation, et persiste ou diminue pendant l'expulsion.

Pendant les suites de couches, l'albumine et les cylindres disparaissent très rapidement. Quand l'albuminurie persiste au delà d'une ou deux semaines, elle est le plus souvent causée par un catarrhe vésical, que l'altération de l'urine fait reconnaître facilement.

Les femmes enceintes et en travail supportent très bien le chloroforme, que l'urine soit normale ou pathologique : ce n'est que rarement que le chloroforme agit défavorablement sur les reins, et les manifestations morbides sont en ce cas très légères.

Quand il existe une affection rénale antérieure à la grossesse, elle s'aggrave habituellement pendant la gestation : dans ces conditions, la mort du fœtus, l'accouchement prématuré s'observent fréquemment. La mort du fœtus amène souvent une amélioration de la néphrite.

Les causes du rein gravidique sont : 1° l'augmentation de la pression intra-abdominale pendant la grossesse; 2° les troubles de nutrition des reins, produits par les modifications du sang. Il faut tenir compte encore de la gêne au cours du sang dans la veine utéro-ovarienne et de la compression des uretères par la tête fœtale.

Les mêmes facteurs expliquent les modifications du rein pendant le travail : il faut y ajouter, dans les cas prononcés, l'influence de certaines substances toxiques du sang qui proviennent du placenta.

Les attaques d'éclampsie peuvent se produire dans des conditions différentes :

Tantôt elles surviennent au même titre que l'urémie;

Tantôt, et le fait est rare, elles sont indépendantes de toute lésion rénale;

Tantôt, enfin, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, elles dépendent, de même que les altérations rénales, d'un principe nocif qui a son origine dans le placenta et répand des toxines dans le sang. CH. MAYGRIER.

Un cas de traumatisme chez une femme, au cinquième mois de la grossesse, par DUTANZIN (*Journ. méd. Bordeaux, 17 février 1895*).

Jeune femme, enceinte de cinq mois. En entrant dans une étable, suivie d'un chien, cette femme est assaillie par une vache qui se précipite, tête baissée, pour charger l'animal ; ses cornes rencontrent la femme, la soulèvent et ainsi accrochée, elle fait le tour de l'étable et est projetée sur la litière, où on la retrouve évanouie et baignée de sang.

Trente-six heures après l'accident, on constate que la corne a éraflé la face antéro-interne de la cuisse droite, perforé la grande lèvre, et, après avoir parcouru le vagin, perforé le cul-de-sac latéral gauche, sans léser l'utérus. Pas d'accidents ultérieurs et accouchement à terme. OZENNE.

Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf die Conception, Schwangerschaft, par HOFMEIER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn., XXX, 1*).

Le travail d'Hofmeier est basé sur 213 observations, dont 208 personnelles et 5 venant de Schrœder.

En ce qui concerne la fécondité des femmes atteintes de fibromes, un examen attentif des faits conduit l'auteur à une conclusion toute différente de l'opinion généralement admise : pour lui, les fibromes n'ont pas d'influence fâcheuse sur la stérilité ; cette stérilité, quand elle existe, remonte toujours à une époque de la vie de la femme où le myome n'existait pas encore. Il va même jusqu'à admettre que les fibromes augmentent plutôt l'aptitude à la conception, à cause de l'activité génitale qu'ils entretiennent.

L'influence des myomes sur la grossesse est loin d'être toujours fâcheuse. Hofmeier pense même que les dangers d'avortement, d'accouchement prématuré, d'hémorragie, ne sont pas plus grands que dans une grossesse normale. Quant à l'augmentation des tumeurs, elle est due en grande partie à leur imbibition séreuse, et est ainsi plus apparente que réelle. Elle n'arrive que rarement à produire une condition fâcheuse et disparaît après l'accouchement. Aussi, n'est-il presque jamais indiqué d'intervenir par une opération pendant la grossesse.

L'accouchement peut se faire spontanément, mais l'auteur reconnaît que la tumeur met parfois obstacle à la sortie du fœtus, et que toutes les opérations obstétricales, même la césarienne, peuvent être nécessaires. Il faut craindre aussi les hémorragies *post partum*.

Les suites de couches peuvent être troublées par la suppuration de la tumeur ; mais cela est rare, le plus habituellement le fibrome subit simplement une dégénérescence graisseuse et diminue de volume.

En résumé le pronostic est plus favorable qu'on ne l'admet habituellement ; l'accouchement demande seulement à être conduit avec prudence, et surveillé avec soin pendant la délivrance ; l'antisepsie doit être irréprochable.

Quant à une intervention chirurgicale, Hofmeier pense que son opportunité n'existe que plusieurs semaines et plus après l'accouchement.

CH. MAYGRIER.

Die Behandlung des Uteruscarcinoms...... (Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement), par THEILHABER (*Archiv für Gyn.*, *XLVII*, *1*).

Theilhaber a relevé tous les cas de cancer utérin compliquant la grossesse et l'accouchement publiés depuis 1873, date du travail de Cohnstein sur ce sujet, et il a pu en réunir 165.

Il rapporte d'abord deux observations qui lui sont personnelles. Dans l'une il pratiqua l'accouchement prématuré et fit l'hystérectomie vingt jours après la délivrance. La femme vivait encore dix mois plus tard. Dans l'autre, il fut obligé de faire la perforation de la tête dernière : la femme survécut un an.

Les faits rassemblés par l'auteur sont présentés sous forme de tableaux, puis classés suivant le mode d'intervention. En voici le résumé avec l'appréciation du procédé opératoire employé.

1° *Traitement pendant la grossesse.* — *Curetage :* Proposé contre les hémorragies, il est repoussé par l'auteur qui préfère l'opération radicale quand le cancer est opérable, et le tamponnement simple quand il est inopérable.

Amputation intra-vaginale : Dans dix cas sur vingt, l'opération fut suivie de l'interruption de la grossesse. Ce traitement n'est recommandable que dans le cas où le cancer est à son début.

Amputation sus-vaginale du col : La grossesse est le plus souvent interrompue. Theilhaber rejette cette intervention.

Extirpation totale par le vagin de l'utérus peu augmenté de volume : Onze observations avec onze guérisons. Cette méthode est bonne, mais seulement indiquée dans les quatre premiers mois de la grossesse.

Extirpation totale par l'abdomen, opération de Freund : Dix observations, avec quatre morts. Le meilleur mode opératoire en pareil cas est celui de Zweifel, qui consiste à enlever le corps de l'utérus par l'abdomen et le col par le vagin.

Interruption artificielle de la grossesse avec ablation totale pendant les suites de couches : Trois observations, trois guérisons. L'auteur préconise cette méthode, qui lui a donné un succès.

Interruption artificielle de la grossesse : On ne devra y recourir qu'avec l'intention d'enlever ensuite l'utérus; sinon, mieux vaut laisser la grossesse aller à terme et faire la césarienne.

Césarienne pendant la grossesse : Elle est indiquée dans les cas où la femme est menacée de mort prochaine et où l'enfant vit.

2° *Traitement au début du travail.* — *L'expectation* est subordonnée à l'étendue des lésions; l'accouchement peut se faire spontanément; mais en attendant trop longtemps, on peut voir survenir des déchirures du col, des ruptures du corps, la mort de la mère par épuisement.

La dilatation du col soit avec les doigts, soit avec des instruments donne peu de résultats.

Les *incisions sur le col* sont dangereuses : 11 morts sur 24. On ne doit y recourir que lorsque la dilatation est déjà assez grande, et qu'on est sûr de pouvoir terminer rapidement l'accouchement par les voies naturelles. Cette terminaison peut se faire avec le forceps, la version, la cranio-

tomie; cette dernière n'est admise par l'auteur que lorsque l'enfant est mort.

L'intervention la mieux indiquée est l'opération césarienne, qui sauve au moins l'enfant.

Si le cancer est inopérable, on fera la césarienne conservatrice ou l'opération de Porro. S'il est opérable, on fera soit la césarienne suivie de l'opération de Freund, soit la césarienne encore ou le Porro, suivis pendant les suites de couches de l'hystérectomie vaginale. CH. MAYGRIER.

Ueber Drillingsgeburten, par Sigm. MIRABEAU (*Münchener med. Abhandlungen et Corresp.-Blatt. f. schweiz. Aerzte, n° 24, p. 802, 15 décembre 1894*).

Mirabeau a analysé 75 cas de naissances trigémellaires trouvés dans la littérature. Ces naissances se produisent surtout chez les multipares qui ont eu aussi des avortements et appartiennent à des familles dans lesquelles on a déjà observé des naissances multiples. La plupart des mères se trouvaient dans les âges compris entre 30 et 34 ans.

La fréquence des naissances trigémellaires varie suivant les peuples : elle est la plus grande en Russie et en Suède; la plus rare en France, puis en Allemagne.

Sur 105 enfants provenant d'accouchements triples, on compte 56 filles et 49 garçons ; la moitié environ d'entre eux étaient viables.

Les présentations pelviennes sont beaucoup plus communes que dans les accouchements simples. Le pronostic est bon pour la mère.

Le diagnostic des accouchements trigémellaires a été rarement fait. (*R. S. M.*, III, 637 et VIII, 642.) J. B.

Des atrophies utérines post-puerpérales, par BOUQUET (*Thèse de Paris, 1895*).

Si l'on range à part la maladie désignée par Freund sous le nom de paramétrite atrophiante chronique, l'atrophie utérine post-puerpérale reconnaît deux formes. L'une est caractérisée par l'atrophie des parois avec conservation de la longueur de la cavité utérine, les parois sont molles et facilement traversées par l'hystéromètre. Elle serait le fait de glandes multipares et souvent consécutive aux infections puerpérales. La seconde est l'atrophie scléreuse où les proportions entre la cavité et le muscle utérin sont conservées, tous deux étant atrophiés. Cette supérinvolution utérine est souvent la conséquence de la subinvolution utérine. Elle constitue une variété plus incurable, elle est plus souvent cause de stérilité et se rencontre par conséquent fréquemment chez des femmes ayant eu peu d'accouchements. On la signale aussi à la suite de la lactation prolongée. Elle est encore l'aboutissant de la première forme d'atrophie.

L'atrophie utérine s'accompagne d'aménorrée, de diminution des règles et de stérilité. Il existe cependant une forme curable qu'on pourrait appeler à répétition et qui se traduit symptomatiquement par la suppression des règles pendant plusieurs mois après chaque accouchement.

PORAK.

Du pronostic de la présentation du sommet, l'enfant étant viable, par SIFFLET (*Thèse de Paris, 1895*).

Lorsque le bassin est normal, sur 3,042 primipares, l'enfant est mort pendant l'accouchement spontané : 12 fois au cours du travail, 84 fois après la naissance ; il est mort à la suite de l'accouchement artificiel : 8 fois au cours du travail, 6 fois après la naissance. Sur 3,760 multipares, il est mort à la suite de l'accouchement spontané : 11 fois pendant le travail, 82 fois après; à la suite de l'accouchement artificiel : 4 fois pendant le travail, 1 fois après. Lorsque le bassin est rétréci, sur 380 primipares, il est mort : pendant le travail 8 fois, après 6 fois, l'accouchement étant spontané; à la suite de l'application du forceps : 5 fois pendant le travail, 4 fois après ; à la suite de l'accouchement provoqué : 7 fois pendant, 4 fois après; la basiotriphie fut pratiquée : 2 fois après la symphyséotomie, pendant 1 fois et après le travail 1 fois. Sur 393 multipares atteintes de rétrécissement du bassin, l'enfant est mort pendant l'accouchement spontané : avant le travail 1 fois, après 1 fois; à la suite de l'accouchement au forceps : pendant le travail 3 fois, après 1 fois; après la basiotriphie 1 fois; à la suite de la symphyséotomie : pendant le travail 1 fois, après 1 fois; à la suite de l'accouchement provoqué : pendant 5 fois, après 8 fois. PORAK.

Du rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement, par TAURIN (*Thèse de Paris, 1895*).

Deux observations intéressantes de multipares ayant antérieurement accouché plus ou moins lentement, mais cependant spontanément. Les deux femmes ont été soignées pour la métrite, par des cautérisations avec le bâton de chlorure de zinc. La grossesse qui s'en suivit se termina les deux fois par un accouchement rendu impossible par la rigidité du col. Dans un cas la basiotripsie fut pratiquée à travers un col peu dilaté. Dans le second cas, la femme ne put pas être accouchée et succomba. L'auteur en prend texte pour diviser la rigidité du col en fausse rigidité dans laquelle il fait rentrer la rigidité spasmodique et anatomique du col; la rigidité vraie, dans laquelle il range la cicatrisation cicatricielle et organique. En réalité, la rigidité anatomique du col existe bien réellement et il faudrait faire rentrer dans son étiologie spéciale l'histoire des cicatrices du col. PORAK.

De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, par MAGGIAR (*Thèse de Paris, 1895*).

Sur 8,355 accouchements provenant de la clinique de Pinard, 6,846 fois les membranes étaient complètes et ont permis d'établir la situation du placenta, relativement au col de l'utérus. Sur ces 6,846 cas, 3,938 fois il n'était distant du col de 0 à 9 centimètres, soit 57,52 0/0, et 2,908 fois il en était éloigné de plus de 9 centimètres, soit 42,33 0/0. Les premiers chiffres se rapportent à des insertions vicieuses. On peut les distinguer en insertions basses et en insertions hautes. Les insertions basses de 0 à 5 centimètres du col comprennent chez les primipares 685 cas (17,30 0/0), chez les multipares 1151 (29,22 0/0), en tout 836 cas (46,62 0/0). Les

insertions hautes de 5 à 9 centimètres comprennent, chez les primipares 780 cas (19,80 0/0), chez les multipares 1322 cas, (33,57 0/0), en tout 2,102 cas (53,63 0/0).

L'insertion vicieuse du placenta, ainsi comprise, a peu d'influence sur la présentation fœtale. L'hémorragie reste une complication rare de l'insertion vicieuse du placenta. On ne la rencontre que dans 1 à 3 0/0 des cas, suivant l'âge ou le nombre des grossesses. Elle suit une marche graduellement ascendante depuis le début de la grossesse jusqu'à la fin, pour décroître à partir du début du travail ; elle est d'autant plus à craindre que l'insertion du placenta est plus rapprochée du col ; elle est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. Elle constitue une cause fréquente de rupture prématurée des membranes ; celle-ci est précoce dans 16,67 0/0 des cas et prématurée simplement dans 13,90 0/0 des cas. Cette influence est d'autant plus accusée, que l'insertion est plus basse. Elle est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

Dans 20 observations, elle a été la cause de l'avortement, et dans 17,72 0/0, la cause de l'accouchement prématuré. Les primipares y sont plus exposées que les multipares.

Le cordon a été trouvé en compression, procubitus ou procidence ; dans 0,78 0/0 des cas, en procidence simple ; en procidence compliquée de procidence d'une ou des deux mains dans 0,10 0/0. On a noté la procidence des mains seulement dans 0,86 0/0.

La mortalité des mères est en rapport avec la fréquence assez rare des hémorragies et la mortalité des enfants en rapport avec la fréquence des procidences. PORAY.

Insertion vicieuse du placenta et tamponnement du vagin, par BOURDIER (*Thèse de Paris, 1895*).

Étude complète, mais rien de nouveau si ce n'est la statistique suivante provenant de malades entrées dans le service de Tarnier. De 1879 à 1892, à la Maternité, 67 cas donnant une mortalité maternelle de 13,6 0/0 et une mortalité fœtale de 65,9 0/0 ; de 1891 à 1895, à la clinique de la rue d'Assas donnant une mortalité maternelle de 9 0/0 et une mortalité fœtale de 81 0/0. PORAK.

Die Behandlung der Uterusruptur, par FRITSCH (*Wiener med. Presse, 9 juin 1895*).

Comme prophylaxie générale de la rupture de l'utérus, il faut, dans les cas de bassins rétrécis avec présentation du sommet, placer la parturiente sur le côté où la tête fœtale distend au maximum les régions dilatables. Si la tête fœtale est encore haut, il faut défendre à la mère de faire des efforts, de pousser. Pour activer l'accouchement, la malade étant placée dans la position de Walcher, on peut essayer quelques pressions internes de la tête fœtale, en ayant soin de toujours bien s'assurer de la position de l'utérus.

Dans les cas de rupture imminente de l'utérus, il faut délivrer la mère aussi rapidement que possible. La méthode à choisir est celle qui prend le moins de place dans le canal génital. Dans les présentations du som-

met, la perforation et l'extraction par le cranioclaste est une intervention favorable à l'existence de la mère ; dans les présentations transversales, si l'enfant est vivant, les tentatives de version ne seront faites que dans la narcose absolue ; si l'enfant est mort, les opérations qui en amoindrissent le volume sont indiquées.

Si la rupture est diagnostiquée et que l'enfant se trouve dans la cavité péritonéale, il sera alors enlevé le plus rapidement possible par la laparotomie. S'il est en partie dans l'utérus et en partie dans la cavité abdominale, l'extraction en sera pratiquée par les voies naturelles, si la manœuvre apparaît faisable. Si l'hémorragie est profuse et si l'extraction est impossible, il faut avoir recours sans tarder à la laparotomie.

Ni le tamponnement, ni la compression, ni l'association de ces deux procédés ne sont susceptibles d'arrêter l'hémorragie provoquée par la rupture de l'utérus. La ligature par voie vaginale n'est pas un moyen sûr ; ce n'est qu'après laparotomie que la ligature des vaisseaux donnant du sang pourra être faite utilement. Si l'hémorragie s'est arrêtée spontanément depuis quelques heures, si le pouls s'est relevé, la malade sera alors traitée par le repos absolu et par l'opium. En cas de besoin, on pratiquera le cathétérisme. On s'abstiendra d'irrigations vaginales et, à plus forte raison, d'irrigations de la cavité péritonéale.

L'ablation de l'utérus ne sera faite que si l'organe est nettement infesté ou s'il existe un myome qui est par lui-même une indication de l'opération.

CART.

Pronostic de l'embryotomie céphalique, par BERNSTEIN-WOULBRUN (*Thèse de Paris, 1895*).

De 1883 à 1894, dans le service de Pinard, 63 basiotripsies ont été pratiquées sur 19 enfants vivants ; à la Maternité, dans le service de Guéniot, 55 basiotripsies sur 18 enfants vivants. Au point de vue de la mortalité maternelle, 6 femmes sont mortes dans le service de Pinard et 12 à la Maternité. Au point de vue de la morbidité, on a constaté 12 fois de la fièvre, 3 fois de la déchirure du col ou du vagin, 2 fois la déchirure du perinée, 1 fois la fistule recto-vaginale, 1 fois phlegmatia alba dolens, à la Maternité, 12 fois des escarres, 8 fois la fièvre, 4 fois la déchirure du col et du vagin, 3 fois la déchirure du perinée, 3 fois l'hémorragie grave. Suivent les observations.

PORAK.

I. — Die Dauererfolge der Symphyseotomien (Résultats éloignés de la symphyséotomie), par R. BRAUN-FERNWALD (*Centr. f. Gyn., n° 37, 15 septembre 1894*).

II. — Eine Symphyseotomie ohne Knochennaht, par BUSSEMAKER (*Ibid.*).

I. — Sur 12 symphyséotomies pratiquées à la clinique de G. Braun, à Vienne, il y a eu 4 morts : 3 de ces cas ont déjà été publiés. Le décès de la quatrième femme a été dû à la pyohémie avec abcès métastiques dans les poumons, dans les articulations sacro-iliaques, etc.

Chez les 8 femmes qui ont guéri, on a fait 4 fois la suture osseuse et 4 fois la suture périostée. Cette dernière a donné, au point de vue de la consolidation et du rétablissement de la marche, les mêmes résultats que la suture osseuse.

Chez un certain nombre d'opérées la symphyse est restée mobile, comme on a pu s'en assurer en touchant les femmes debout, et en leur faisant lever alternativement l'une et l'autre jambe. Toutefois cette mobilité anormale n'a eu aucune influence sur la locomotion.

II.— Chez une femme de 19 ans, primipare, rachitique, dont le bassin mesurait 8 cent. 1/2, Büssemaker a pratiqué la symphyséotomie, après avoir échoué avec le forceps. Il n'a pas fait la suture osseuse et s'est borné à réunir les parties molles. Il a maintenu le bassin serré, à l'aide d'un simple bandage, et a fait rapprocher les jambes. La consolidation s'est faite et la malade marchait sans peine au bout d'un mois. L'enfant, extrait avec le forceps, a survécu.

Il faut mentionner comme complication une fistule vésico-vaginale survenue le deuxième jour après l'opération, et qui persistait encore sous forme d'un pertuis très étroit à la sortie de la malade de l'hôpital. CH. MAYGRIER.

Intravenöse Sublimatinjektionen..,.. (Injections intra-veineuses de sublimé dans la septicémie puerpérale), par Th. v. KEZMARSZKY (*Centr. f. Gyn., 22 septembre 1894*).

Le traitement idéal de l'infection puerpérale doit consister à agir directement sur le principe infectieux qui circule dans le sang pour le neutraliser ou le détruire. C'est dans ce but que Barsong, assistant de Kezmarszky a proposé les injections sous-cutanées de sublimé. Des injections de 1 centigramme par jour furent faites par Kezmarszky à une femme infectée, malade déjà depuis 18 jours. Bien qu'il pratiquât 26 de ces injections, la malade succomba à des abcès métastatiques gangréneux du poumon, ouverts dans la plèvre.

L'auteur eut alors l'idée de faire, suivant la méthode employée par Bacelli dans la syphilis, les injections de sublimé dans les veines.

Chez deux femmes atteintes de septicémie, il eut recours à ce traitement. L'injection était de 1 à 5 milligrammes de sublimé, on augmentait progressivement.

L'une des malades eut 37 milligrammes en 10 injections ; l'autre 31 milligrammes en 8 injections.

Chez ces 2 femmes, la température s'abaissa dès le début du traitement, et diminua progressivement ; l'état général devint très rapidement meilleur et toutes deux guérirent.

Le traitement de Bacelli est absolument inoffensif et ses résultats, bien que peu nombreux, ne peuvent qu'engager les praticiens à l'expérimenter.

CH. MAYGRIER.

Étiologie des grossesses extra-utérines, par TAINTURIER (*Thèse de Paris, 1895*).

Chez le lapin, les spermatozoaires se trouvent sur la trompe 10 heures après le coït, l'ovule quitte l'ovaire au même moment, trois jours après l'ovule fécondé va pénétrer dans l'utérus. Après le quatrième jour, l'ovule se trouve dans l'utérus, et si à ce moment on lie la corne utérine, l'animal va jusqu'à terme et meurt au moment du travail par rupture utérine. Les contusions de la trompe, les irrigations par injection de nitrate d'argent, en altérant l'épithélium de la trompe, n'empêchent cependant pas la migration de l'ovule fécondé ; on le retrouve souvent dans la corne utérine. La ligature de la trompe ou sa section, en empê-

chant la descente de l'ovule ou en le faisant tomber dans la cavité péritonéale saine, empêche son développement. On ne le retrouve plus ou on le trouve altéré. Il y a cependant bien eu fécondation, car on trouve une hypertrophie de la corne utérine correspondante et souvent un épanchement de sérosité.

En rapprochant ces données expérimentales de la critique des observations de grossesse extra-utérine, on peut conclure que les théories sur la pathogénie et sur l'étiologie des grossesses extra-utérines sont obscures et insuffisantes dans bien des cas. Les conditions qu'elles invoquent, reproduites expérimentalement, ne donnent pas de gestation. Aux causes purement mécaniques qu'on a invoquées, il faut joindre l'existence d'une lésion pathologique pour expliquer la greffe ovulaire anormale. Elle ne peut souvent pas avoir lieu sur des tissus modifiés dans leur structure et dans leur vascularisation par un processus inflammatoire plus ou moins récent. PORAK.

Tubal gestation..... successfully removed three hours after rupture (Grossesse tubaire traitée avec succès par la laparotomie trois heures après la rupture), par W. DUNCAN (*Transact. of the obst. Soc. of London, XXXVI, part. 1*).

Une femme de 35 ans, déjà mère de deux enfants, présente les signes d'une grossesse nouvelle. Toutefois cette grossesse s'accompagne de phénomènes insolites, douleurs de ventre, pertes de sang. — Vers la neuvième semaine, survient brusquement une perte de connaissance, avec tous les signes d'une hémorragie interne : la mort semble imminente. C'est alors que le diagnostic de grossesse tubaire rompue est posé.

W. Duncan pratique la laparotomie 3 heures après l'accident, la femme étant mourante, il trouve l'abdomen plein de sang, et à droite une petite tumeur constituée par la trompe distendue et rompue : cette trompe est enlevée, le pédicule lié ; le sang et les caillots sont simplement enlevés avec des éponges montées sur des pinces, sans que le péritoine soit irrigué. — Pendant l'opération, la femme étant éthérisée, le pouls se releva peu à peu. On ne fut pas obligé de recourir à la transfusion du sang et la malade guérit sans complications. CH. MAYGRIER.

MALADIES DES ENFANTS.

I. — Densité du sang dans l'enfance, par MOELI (*Berlin. klin. Woch., n° 46, p. 1055, 12 novembre 1894*).

II. — Dosages de la fibrine du sang chez les enfants, par BERGGRUEN (*Ibidem*).

I. — A l'état physiologique, la densité du sang des enfants varie suivant leur âge et les conditions de leur vie ; elle est en moyenne de 1,060 chez les nouveau-nés ; de 1,057 chez les nourrissons de 2 à 4 semaines ; dès lors elle faiblit continuellement et est en moyenne de 1,050 à la fin de

la première année, de 1,052 de 2 à 10 ans; les enfants de poids léger, comme ceux mal nourris, ont une densité moindre du sang.

A l'état morbide, la densité du sang peut être augmentée ou diminuée, ou enfin le parallélisme peut être détruit entre la densité du sang et la teneur en hémoglobine. La densité du sang est accrue dans la pneumonie, la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde, la tuberculose pulmonaire, la méningite fébrile, les affections cardiaques et l'ictère catarrhal : elle est diminuée dans l'anémie, la néphrite, les dyspepsies chroniques, etc.

II. — Le sang de l'enfant fournit normalement plus de fibrine que celui de l'adulte et donne un résidu sec plus considérable et une quantité pondérale plus grande de globules rouges. La fibrine est augmentée dans diverses maladies aiguës, ainsi que dans la tuberculose pulmonaire ; elle est diminuée dans les anémies graves et les altérations amyloïdes, tandis que la proportion reste normale dans les anémies légères et dans la néphrite. J. B.

A new method of resuscitating the still-born (mort-né), par COOK (*Americ. med' surg. Bull., 1er février 1895*).

La méthode de résurrection des morts-nés préconisée ici, avec deux faits à l'appui, se résume en ces mots : dilatation des sphincters du rectum. Le cordon étant laissé intact et l'enfant placé dans une position où il soit facile à surveiller, l'index, préalablement lubréfié, est rapidement introduit dans le rectum ; l'effet serait très rapide. CART.

Note pour servir à apprécier la valeur comparative des différents procédés employés dans le but de ranimer les enfants nés en état de mort apparente....., par PINARD (*Bull. Acad. de méd., 15 janvier 1895*).

Du 1er décembre 1892 au 1er décembre 1894, 50 enfants sont nés en état de mort apparente à la clinique Baudelocque : 44 ont été ranimés par des procédés divers, mais 19 sont morts. Consécutivement 25 ont donc survécu. Quant aux 6 autres, ils n'ont pu être ranimés. Voici quels ont été les moyens employés pour combattre l'asphyxie :

24 enfants ont été ranimés après simple désobstruction des voies respiratoires et flagellation : 19 survies ; 5 mort tardives.

14 enfants ont été ranimés après désobstruction des voies respiratoires et insufflation à l'aide du tube laryngien modifié par Ribemont-Dessaignes : 3 survies ; 11 morts tardives (malformations incompatibles avec la vie).

6 enfants ont été ranimés après désobstruction des voies respiratoires, tractions rythmées de la langue et insufflation : 3 survies ; 3 morts tardives (lésions incompatibles avec la vie).

6 enfants, atteints de diverses lésions, n'ont pu être ranimés par aucun moyen. OZENNE.

Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants, par E. WEILL (*In-8° Paris, 1895*).

L'ouvrage de Weil est la condensation de leçons cliniques professées à Lyon, et le travail d'ensemble le plus complet qui ait paru

sur cette matière délicate. Il est écrit avec un sens clinique rare, et renferme des discussions très étudiées sur les difficultés toutes spéciales que présente l'examen du cœur malade chez les enfants.

Les deux premiers chapitres sont consacrés à des considérations générales sur l'anatomie et la physiologie du cœur de l'enfant, et à l'examen des règles qui doivent diriger l'examen de cet organe. Les 2 chapitres suivants sont remplis par l'étude de la péricardite et de la symphyse du péricarde. Weill, dans un relevé statistique des hôpitaux de Lyon, n'a trouvé que 42 cas sur 6,000 enfants malades, et dans une statistique personnelle, 7 cas sur 430 malades, soit 1,62 0/0. La péricardite, très rare avant 7 ans, est de 7 à 15 moitié moins fréquente que chez l'adulte, à la naissance elle peut être due à la puerpéralité, à la syphilis héréditaire, plus tard aux inflammations de voisinage ou à une infection généralisée ; dans la seconde enfance, le rhumatisme est le grand facteur, la péricardite dite idiopathique est une péricardite rhumatismale. La description des deux phases de la péricardite, sèche ou avec épanchement est fort bien faite ; Weill montre bien la fréquence de l'association des lésions pleuro-pulmonaires et la difficulté de ne pas commettre d'erreurs de diagnostic, qu'il s'agisse du syndrome pleuro-pulmonaire ou de broncho-pneumonie. Dans l'étude des symptômes de la symphyse, Weill admet qu'un seul signe n'est pas trompeur, c'est l'invariabilité de la position du cœur, c'est la fixité de la figure du cœur, obtenue par l'auscultation et la percussion; un autre signe très important, c'est le rythme fœtal des battements.

Il reconnaît 3 formes :

1° Latente ;

2° Symptômes de cardiopathie grave ;

3° Symptômes ectopiques (pleurésie, cirrhose, tuberculose pleuro-péritonéale). Il est impossible souvent de dire si la symphyse existe seule ou liée à une endocardite. Au point de vue du pronostic, il affirme qu'un enfant qui meurt cardiaque est probablement atteint d'une symphyse du péricarde ancienne ou récente.

Dans le chapitre de l'endocardite, Weill donne une statistique personnelle de 258 cas, dont 150 dus au rhumatisme, 39 à la chorée, 15 à la tuberculose, 12 à la scarlatine et montre que si le rhumatisme est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, les localisations cardiaques sont, en revanche, bien plus fréquentes et varient de 60 à 80 0/0. Sur les 150 cas, il y avait eu 93 cas de rhumatisme aigu, 35 de rhumatisme subaigu, 14 de rhumatisme léger, 8 de rhumatisme chronique. Sur ces 258 cas, pas une seule fois le cœur droit n'était atteint. Sur 133 cas d'endocardite rhumatismale, 128 fois la valvule mitrale était affectée, 5 fois les valvules aortiques. La discussion des phénonèmes d'auscultation est très minutieusement développpée et Weill montre bien l'extrême rareté des souffles inorganiques chez les enfants au-dessous de 5 ans, même chez les plus anémiés.

Il a trouvé sur 478 enfants malades, âgés de 2 à 15 ans, 25 cas de lésions valvulaires définitives, soit 5 0/0. 14 fois il y avait une origine rhumatismale. Il admet une forme familiale de l'endocardite chronique, et notamment du rétrécissement mitral, sans avoir pu trouver la preuve

de l'hypothèse de Potain sur le rôle pathogénique de la tuberculose. Sur les 25 cas, il y avait 22 lésions mitrales, 2 aortiques, 1 pulmonaire. Il a eu 2 cas de mort; 2 cas de troubles fonctionnels sérieux; 9 cas de troubles légers; 12 cas sans troubles fonctionnels.

Des lésions graves du cœur peuvent complètement guérir après 1 à 2 ans de durée.

L'insuffisance aortique est la lésion qui est le moins bien tolérée et, en règle, elle amène la mort avant la puberté. Weill a vu 2 cas de rétrécissement mitral pur, chez deux sœurs âgées de 10 et 6 ans, de souche indemne de tuberculose et de rhumatisme. D'une manière générale, les cardiopathies graves chez l'enfant sont plus graves que chez l'adulte: bénignes, elles sont plus bénignes que chez l'adule.

Tout le chapitre de la cyanose ou maladie bleue est fort complet, et au courant des dernières données sur cette question si intéressante. Après l'exposé de quelques notions embryogéniques et des lésions congénitales en général complexes, Weill discute les deux théories en honneur aujourd'hui, la théorie pathologique ou inflammatoire et la théorie tératologique; il rejette la théorie inflammatoire, ne pouvant admettre l'idée d'une endocardite paraissant toujours à une date très précise, la fin de la sixième semaine, avant l'achèvement de la cloison interventriculaire, et déterminant en quelques jours un rétrécissement systématique. La doctrine tératologique explique bien mieux les altérations complexes du cœur et du bulbe artériel; le rétrécissement pulmonaire étant toujours la lésion fondamentale.

Weill insiste sur la valeur de la cyanose, comme caractéristique des lésions congénitales du cœur, bien plus concluante au point de vue du diagnostic que les phénomènes d'auscultation si complexes, et souvent peu précis.

Pour la production de la cyanose il est éclectique, et admet selon les cas le mélange des deux sangs, ou la stase veineuse avec anémie pulmonaire. Les derniers chapitres renferment l'étude de l'hypertrophie du cœur et des myocardites. H. L.

Sur un cas de myocardite d'origine rhumatismale chez l'enfant, par WEIL et BARJON (*Archives de méd. exp.*, *VII*, *2*).

Quoique le rhumatisme cardiaque de l'enfant se traduise de préférence par l'endopéricardite avec grande tendance à la symphyse, cependant l'on peut observer d'autres formes de cardiopathies rhumatismales et en particulier la myocardite.

Chez une enfant de 10 ans, on assiste à l'évolution d'une localisation cardiaque rhumatismale à type mitral, suivie d'asystolie rapidement mortelle. A l'autopsie, le péricarde est indemne, mais le cœur est hypertrophié, globuleux; il existe un rétrécissement mitral évident. De plus, le microscope démontre l'existence d'une myocardite parenchymateuse diffuse caractérisée par une altération un peu spéciale des fibres. Le centre des éléments musculaires montre une zone dégénérée, granuleuse, laissant à la périphérie de la fibre un cercle de myoplasma intact. Cette lésion diffère de la dégénération vitreuse centro-musculaire avec aspect canaliculé, mais doit sans doute en être rapprochée. Du reste, les deux altérations n'ont rien de spécifique et peuvent s'observer dans des maladies et surtout des infections variées. GIRODE.

Recherches sur l'étiologie et la pathogénie de la bronchite membraneuse primitive, par MAGNIAUX (*Thèse de Paris, 1895*).

Ce travail repose sur une observation détaillée de bronchite membraneuse primitive. Il s'agissait d'un garçon de 11 ans, souffrant depuis 15 jours, et qui, depuis 5 à 6, crachait des peaux blanches; pendant son séjour à l'hôpital (près de 4 mois), il présenta des crises répétées de dyspnée, suivies de l'expectoration de paquets de fausses membranes; l'examen de la poitrine montrait des signes de bronchite ou de congestion bilatéraux, mais prédominant à droite, variables d'un jour à l'autre. Peu à peu le malade s'affaiblit, les crachats devinrent purulents, puis survinrent fièvre, amaigrissement, augmentation de volume du foie, de la rate, des ganglions, enfin les symptômes d'une méningite tuberculeuse ultime.

A l'autopsie, on trouva: 1° une tuberculose miliaire généralisée (pie mère cérébrale, poumon, péritoine, rate, intestin, lésions notables des ganglions trachéobronchiques, mésentérique, etc.) Les fausses membranes étaient toujours pleines et constituées par de la fibrine avec quelques leucocytes et cellules épithéliales. Les recherches bactériologiques pratiquées sur les membranes, les crachats, le sang et des fragments d'organes, puis les cultures et les inoculations montrèrent une infection par un diplobacille encapsulé, le bacille de Friedlander. C'est ce pneumobacille que l'auteur considère comme la cause déterminante de la bronchite pseudo-membraneuse, la tuberculose a été secondaire. H. L.

Influenza in an infant, complicated with hyperpyrexia, par John MAC CAW (*Brit. med. Journ., p. 752, 6 avril 1895*).

Un jeune enfant de 4 mois contracte l'influenza de sa mère, et, pendant 2 jours, l'affection se borne à un catarrhe pharyngonasal avec état fébrile modéré. Le troisième jour, éclatent des convulsions généralisées, pendant lesquelles la température monte au chiffre énorme de 107° (F.), le pouls étant à 200 et la respiration à 90. Inefficacité des inhalations de chloroforme. On met l'enfant dans un bain que l'on refroidit progressivement; la température du corps tombe à 99° et l'enfant dort tranquille pendant 4 heures, jusqu'au moment où il redevient brûlant (107°6). Trois fois dans la journée on emploie le bain froid avec succès; mais l'enfant va s'épuisant et succombe la nuit même, sans avoir présenté aucun signe de pneumonie. L'hypertermie seule a été la cause de la mort. H. R.

A case of microcephalus treated by linear craniectomy, par Wallis ORD et COTTERELL (*Brit. med. Journ., p. 478, 2 mars 1895*).

Enfant venue à terme et bien portante jusqu'à 13 mois, époque où elle fut prise de l'influenza. A 16 mois, convulsions générales subintrantes avec opisthotonos et paralysie flasque consécutive des membres qui s'atrophient. A 19 mois, l'enfant est engourdie, ne s'intéressant à rien de ce qui l'entoure; les fontanelles sont soudées, le crâne amoindri par rapport à la face, la vision presque nulle. On pratique la craniectomie linéaire par fragments, en enlevant des segments osseux le 9 août, le 23 août, le 4 septembre et le 13 septembre. A partir de la deuxième opération, amélioration notable qui se maintient; maintenant l'enfant a retrouvé la vision, marche et se développe comme un enfant ordinaire.

Les os enlevés étaient singulièrement amincis, par disparition du diploé.

H. R.

A case of Friedreich's disease with necropsy, par J. Mitchell CLARKE (*Brit. med. Journ., p. 1294, 8 décembre 1894*).

Observation de deux frères atteints d'ataxie héréditaire. Le père était un boucher qui mourut fou et dont la sœur se suicida. Sur 13 enfants, 2 seulement furent atteints de cette maladie nerveuse. Voici l'observation du dernier.

Isaac A. est âgé de 11 ans ; dès l'âge de 4 ans il a été agité, tombant facilement et marchant en zigzag. L'ataxie est caractéristique et se fait par grandes oscillations, qui s'exagèrent à la station debout et les yeux fermés. Les muscles de la face présentent quelques trémulations; les yeux ont du nystagmus, les pupilles sont égales et contractiles, les réflexes tendineux conservés, un peu affaiblis à droite.

Quatre ans ans après, il rentre à l'hôpital, ayant grandi et sans troubles musculaires, mais avec de l'embarras de parole, de l'incoordination des membres, une agitation perpétuelle, des secousses brusques de la tête et du tronc. Démarche très ataxique; augmentation de l'ataxie des membres supérieurs et du nystagmus. Intégrité de la sensibilité et des réflexes.

Six mois plus tard, à ces symptômes s'ajoutent de la céphalée, des vomissements d'origine cérébrale, des secousses convulsives ; puis de la somnolence, de l'obnubilation des idées, de la névrite optique avec cécité progressive. Dans les dernières semaines de la maladie, lenteur du pouls et de la respiration, opisthotonos final.

A l'autopsie, on trouve des lésions de deux ordres : un sarcome récent du lobe droit du cervelet, empiétant sur le bulbe et la protubérance, et des altérations anciennes de la moelle qui, à l'œil nu, paraissait atrophiée.

Histologiquement on constate :

(*a*) Une dégénération scléreuse des cordons postérieurs et surtout des faisceaux de Goll, spécialement prononcée à la région cervicale, ainsi que des faisceaux de Burdach ; intégrité de la zone de Lissauer;

(*b*) Une sclérose marquée des cordons latéraux, surtout prononcée à la périphérie de la moelle;

(*c*) De l'épaississement des vaisseaux de la pie mère et de l'endartérite spinale.

H. R.

Angiocholite coli-bacillaire avec ictère, par AUCHÉ et COYNE (*Congrès de méd. Bordeaux, 1895*).

Fille de 10 ans, paraissant atteinte d'ictère catarrhal, emportée par un ictère grave sans élévation de la température. A l'autopsie, lésions de l'atrophie aiguë du foie, cholécystite, angiocholite étendue jusqu'aux plus petits canalicules biliaires extra-lobulaires. Le coli-bacille existe en très grande abondance dans les canaux de la bile ; on le trouve en petite quantité dans la rate; il n'est pas rencontré dans les autres organes. Le sang renferme un bacille non pathogène qui n'y existait pas huit heures avant la mort et qui paraît être dû à une infection organique partie du tube digestif, car l'estomac contient en grande quantité le même micro-organisme.

Il s'agit là d'une infection mono-microbienne. Le coli-bacille a été le seul agent des désordres observés.

L. GALLIARD.

La cirrhose hypertrophique avec ictère chez les enfants, par A. GILBERT et L. FOURNIER (*Soc. de biologie, 1er juin 1895*).

1° La rate peut atteindre un volume considérable (splénomégalie); 2° Il se produit des troubles ostéo-arthropathiques (hypertrophie de la dernière phalange, incurvation, altération de l'ongle, augmentation des extrémités

du tibia, du péroné, du fémur, épanchement de synovie au genou, douleurs; 3° Il y a arrêt de développement, la croissance est entravée, l'aspect chétif, la taille petite, les membres grêles, la puberté tardive ou déficiente.

DASTRE.

Case of dilatation, etc. (Dilatation du canal biliaire simulant une distension de la vésicule biliaire), par EDGEWORTH (*The Lancet, p. 1180, 11 mai 1895*).

Une fille de 4 ans et demi, atteinte d'ictère chronique, présentait dans l'abdomen du côté droit une tumeur de 3 pouces de diamètre environ, mobile, arrondie, lisse; elle était mate à la percussion et la matité se continuait avec celle du foie. On diagnostiqua une distension de la vésicule biliaire. Une cholécystotomie fut pratiquée et permit de retirer une grande quantité de bile. L'enfant mourut subitement 8 jours après. Le sac, ouvert durant l'opération, était le canal biliaire très dilaté : le canal cystique était oblitéré; un rétrécissement existait sur l'extrémité inférieure du canal biliaire, dont la partie moyenne était très dilatée. MAUBRAC.

Fall von Hämoglobinurie..... (Cas d'hémoglobinurie chez un enfant de 4 ans 1/2), par CNOPF (*Münch. med. Woch., n° 19, p. 448. 1895*).

A la suite d'une forme légère de rougeole, il survint dans la deuxième semaine une pneumonie catarrhale, suivie dans la troisième semaine d'infection scarlatineuse. Celle-ci, qui parut d'abord légère, fut suivie, deux semaines après, de néphrite grave, qui fit place, après 8 semaines, à l'hémoglobinurie. Bien que celle-ci, qui s'accompagna de peptonurie, disparut en 15 jours, l'auteur croit devoir la considérer comme le résultat d'une altération grave du sang. L'hémoglobinémie aurait précédé l'hémoglobinurie et celle-ci ne serait apparue que lorsque le foie et la rate n'auraient plus été capables de détruire l'hémoglobine libre dans le plasma. C. LUZET.

L'urobilinuria nell' età infantile, par GIARRÈ (*Lo Sperimentale, sezione biologica, p. 89, 1895*).

Dans les urines des enfants à l'état physiologique, l'urobiline fait défaut, il en est de même chez les nouveau-nés et les nourrissons sains; mais dans l'allaitement artificiel, on trouve souvent de la stercobiline dans les fèces. Dans la pneumonie des nourrissons, on trouve ordinairement une urobilinurie discrète, ne correspondant pas à une augmentation de stercobiline dans les fèces où la bilorubine est augmentée. L'ictère des nouveau-nés ne s'accompagne pas d'ordinaire d'urobilinurie. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'ictère par angiocholite s'accompagne d'urobilinurie à sa phase terminale et quelquefois dès le début. Les maladies du foie, s'accompagnant de stase biliaire permanente, produisent chez l'enfant une urobilinurie durable et intense (foie cardiaque, cirrhose); dans celles où les dégénérescences cellulaires dominent (foi amyloïde), l'urobilinurie fait défaut. Dans la plupart des maladies infectieuses de l'enfance, par augmentation d'hémolyse, il se fait une urobilinurie transitoire, plus ou moins intense : faible dans la diphtérie, discrète dans la rougeole, la fièvre typhoïde et la tuberculose, elle est plus forte dans la scarlatine et atteint son maximum dans l'infection pneumococcique.

C. LUZET.

Absorption and metabolism in obstruction to the pancreatic duct, par WAUGHAN HARLEY (*Brit. med. Journ., p. 1146, 24 mai 1895*).

Observations de chimie physiologique intéressantes, faites sur un enfant de 13 ans, qui, vraisemblablement, était atteint d'obstruction du canal pancréatique. La bile continuait de passer dans l'intestin, mais le sucre et l'acétone ne se retrouvaient jamais dans l'urine. Soumis au régime lacté, tandis qu'une personne normale élimine 7 0/0 de l'azote ingéré, il en éliminait 40 0/0, comme les chiens auxquels on extirpe le pancréas. De même pour la graisse : alors que physiologiquement l'élimination est de 6 à 7 grammes, chez cet enfant elle était de 143 grammes : c'est la confirmation clinique des expériences de Cl. Bernard. H. R.

Lithiase rénale dans l'enfance en Hongrie, par J. BOKAI (*Jahrb. für Kinderh., XL, p. 32*).

La lithiase rénale semble une affection très fréquente chez les enfants hongrois. B. a pu en réunir 1,621 cas (1,150 calculs vésicaux, 471 cas de graviers expulsés) chez des sujets de moins de 15 ans. 43 des malades avaient moins d'un an. Sur ces 1,621 malades il n'y avait que 62 filles, soit à peine 4 0/0 du nombre total. B. fait jouer un grand rôle aux troubles apportés à la miction par le phimosis. La lithiase rénale paraît assez rare chez les enfants israélites. A.-F. PLICQUE.

Note sur une petite épidémie de diphtérie à l'hôpital d'Aubervilliers : diphtérie communiquée par des enfants dont la gorge ne présente pas de fausses membranes, par NETTER (*Soc. méd. des hôp., 15 février 1895*).

Le 16 mai, une salle contenant 3 enfants atteints de varicelle et 2 femmes atteintes d'érythème noueux, reçoit un enfant R., atteint de varicelle et ayant eu le 4 mai la rougeole, soigné à Trousseau jusqu'au 14. Le 18, on le sépare et on le met dans une chambre avec une des femmes, qui, le 26, présente une fausse membrane d'aspect diphtéritique, diagnostic confirmé par l'étude bactériologique. L'enfant est ramené dans la précédente salle, contenant 3 enfants qui, tous trois, prennent la diphtérie, l'un le 1er juin, l'autre le 4 juin, le dernier le 5 juin — celui-ci succombe au croup, après la trachéotomie. — L'enfant R. n'a eu à aucun moment le moindre symptôme d'angine ; donc, n'ayant été à aucun moment malade du fait de la diphtérie, il a pu la donner successivement à quatre personnes. H. L.

I. — Ueber larvirte Diphtherie, par O. HEUBNER (*Deutsche med. Woch., n° 50, p. 929, 1894.*)

II. — Ueber « larvirte » Diphtherie, par HANSEMANN (*Ibid., n° 52, p. 983, 1894*).

I. — Il existe des cas dans lesquels la diphtérie peut échapper à l'observation la plus attentive, pendant une partie de son évolution, et même jusqu'à la mort. Il s'agit toujours de diphtéries secondaires frappant les enfants malades ou maladifs et ces cas sont plus fréquents dans les hôpitaux que dans la clientèle privée. Les fausses membranes de la gorge, la fièvre, les vomissements, l'adénopathie manquent ; l'enfant présente

simplement des troubles de la respiration ou des voies digestives plus ou moins alarmants et une aggravation, d'ailleurs peu sensible, de son état général, qu'on attribue volontiers à l'irritation catarrhale des bronches, et rien ne met sur la voie du danger menaçant. Les phénomènes de sténose laryngée éclatent brusquement au moment où l'on s'y attend le moins; même à l'autopsie, il peut encore être difficile de reconnaître la vraie nature de la maladie.

Heubner a observé 3 cas de cette forme larvée de la diphtérie.

II. — Hansemann conteste les conclusions du travail d'Heubner, sur la diphtérie larvée.

Des 3 cas qui forment la base de ce travail, un seul lui paraît pouvoir être accepté comme exemple de diphtérie larvée. Les deux autres sont pour lui des cas bien nets de diphtérie commune. H. DE BRINON.

Ein Fall von Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen..... (Plaie diphtéritique coïncidant avec la présence de bacilles diphtéritiques dans la gorge saine), par Hugo SCHOTTMUELLER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 17*, *p. 272*, *1895*).

Il s'agit d'un enfant d'un an qui avait partagé la chambre d'un enfant atteint de diphtérie quinze jours auparavant. Cet enfant présentait au niveau de la région inguinale une plaie de mauvais aspect entourée d'une zone de peau rouge et exulcérée par place; les ulcérations étaient recouvertes de débris membraneux grisâtres. Des cultures furent faites avec les secrétions de la plaie et avec les liquides de la gorge qui paraissait parfaitement saine. Elles furent de part et d'autre fertiles et constituées par des colonies pures de bacilles de Lœffler. Les inoculations aux cochons d'Inde faites avec ces colonies confirmèrent le diagnostic. La plaie guérit rapidement sous l'influence de lavages au sublimé et d'applications d'iodoforme.

Les faits de diphtérie des plaies constatés par la culture et l'inoculation aux animaux sont rares. L'auteur en a relevé 6 obervations dues à Neisser, Brunner et Abel. H. DE BRINON.

Infections d'origine cutanée chez les enfants, par HULOT (*Thèse de Paris*, *1895*).

Les infections d'origine cutanée peuvent être réalisées de deux façons: 1° ou bien il y a absorption au niveau de la peau des toxines fabriquées par les micro-organismes, ou pénétration de ces germes dans les voies sanguines ou lymphatiques; 2° ou bien la peau offre une barrière efficace, mais devient un réservoir de germes qui, portés à la bouche, sont inhalés et vont infecter le tube digestif ou les voies respiratoires.

Au point de vue clinique, les germes qui amènent les infections de la première catégorie, qui sont les plus rares, peuvent : 1° amener des phénomènes dus à la généralisation rapidement mortelle des germes, ou des lésions de voisinage, phlébite des veines et notamment des veines encéphaliques ; 2° rester dans le derme et donner lieu à des suppurations lentes, ressemblant à des gommes tuberculeuses ; 3° être l'origine de toxines qui, absorbées par la peau, déterminent des intoxications lentes ou rapides, souvent mortelles.

Hulot préconise une thérapeutique d'antisepsie chirurgicale, et surtout des bains au sublimé (un litre de liqueur de Van Swieten, mélangé à 14 litres d'eau). H. L.

Infantile scurvy in surgical practice, par HOWARD MARSH (*Brit. med. Journal, p. 1229, 1er décembre 1894*).

Howard Marsh insiste sur certaines particularités du scorbut infantile qui occasionne de fréquentes erreurs de diagnostic, d'autant plus que l'affection est rare et qu'elle ne se rencontre pas, comme on pourrait le croire, dans la classe pauvre, mais bien chez des enfants élevés dans le bien-être. Les principales erreurs que l'on peut commettre sont les suivantes :

1° Fractures du fémur. On peut y songer : l'auteur rapporte le fait d'un enfant de 13 mois qui présentait un gonflement énorme de l'extrémité inférieure du fémur, ressemblant à un cal difforme : il s'agissait d'une hémorragie sous-périostée d'origine scorbutique. L'erreur est d'autant plus facile que les fractures spontanées des os se rencontrent dans le scorbut (Colcott Fox);

2° Paralysie infantile. On peut y songer à cause de l'impotence fonctionnelle des membres; mais les mouvements provoqués sont douloureux, ce qui n'existe pas dans la vraie paralysie infantile, et l'examen des os montre des gonflements fusiformes d'origine hémorragique;

3° On peut, de même, penser à des sarcomes osseux : l'auteur en rapporte un exemple sur un enfant de 18 mois : l'apparition de lésions subites analogues sur l'autre tibia fit rectifier le diagnostic ;

4° On peut même songer à des sarcomes viscéraux : par exemple, à celui de l'œil, quand une hémorragie scorbutique rétro-orbitaire a déterminé de l'exophtalmie ou à un sarcome des joues, quand il s'agit d'une périostite du malaire.

L'intervention chirurgicale n'est jamais utile dans le scorbut infantile.

H. R.

Ueber muskulären Schiefkals (Du torticolis musculaire), par KÖSTER (*Deutsche med. Woch., n° 8, p. 117, 1895*).

Le torticolis des nouveau-nés est généralement attribué à une déchirure du sterno-cleïdo-mastoïdien, se produisant pendant un accouchement difficile. La statistique de Colombara, qui porte sur 44 cas, semble confirmer cette opinion : 25 cas se rapportent à des enfants obtenus à l'aide du forceps ou d'intervention manuelle et 14 à des rétrécissements du bassin.

Il est à remarquer que le torticolis est toujours unilatéral, il n'existe pas d'observation de raccourcissement bilatéral des sterno-cleïdo-mastoïdiens ; or, les lésions résultant de l'accouchement difficile (hématomes, déchirures), sont au contraire souvent bilatérales.

Il n'existe aucun cas où l'on ait noté, d'une manière formelle, l'existence du torticolis à la suite de la guérison d'un gonflement ou d'un hématome du sterno-cleïdo-mastoïdien.

D'autre part, dans les cas de myotomie opératoire ou de déchirure musculaire, ce n'est pas un raccourcissement, mais plutôt un allongement du muscle, qu'on constate d'habitude. Enfin, l'observation directe des faits montre que le sterno-cleïdo-mastoïdien, dans le cas de torticolis, présente les altérations caractéristiques de la dégénérescence fi-

breuse ou dystrophie fibreuse et non celles que l'on a coutume d'observer à la suite des déchirures musculaires. Il faut donc admettre que le torticolis est congénital et que s'il coïncide fréquemment avec des accouchements difficiles, il est, non pas le résultat, mais la cause de cette dystocie. H. DE BRINON.

De l'opération radicale de la hernie inguinale chez les enfants, par NATANSON (*Thèse de Paris, 1895*).

Le facteur de gravité, chez l'enfant, c'est l'hémorragie. On l'évite aujourd'hui facilement par la forcipressure, et on y a d'autant plus d'intérêt que c'est une condition requise pour une bonne réunion primitive. La cure radicale de la hernie inguinale se fait sans difficulté chez l'enfant, où on a seulement à compter avec la minceur du sac. Elle est supérieure au bandage, difficile à bien choisir, inconstant dans ses résultats et sous lequel on a vu des étranglements se produire. Les kystes du cordon, dérivés du conduit vagino-péritonéal, sont du même coup extirpés sans difficulté. Il faut faire exception cependant pour les enfants pas trop malingres, pour les tousseurs, pour tous ceux dont l'état général souffre. Le bandage, alors simple palliatif, permet d'attendre une époque meilleure pour l'opération. ARROU.

Note sur deux cas de vulvite simple muco-catarrhale survenue chez des fillettes, par COYNE et AUCHÉ (*Journ. méd. Bordeaux, 30 juin 1895*).

En raison de la diversité des causes invoquées pour les vulvites muco-catarrhales chez les enfants, il est intéressant de rapporter les résultats suivants de l'examen bactériologique fait sur deux de ces enfants. Dans les deux cas on a noté l'absence de gonocoques et l'existence de plusieurs variétés microbiennes : coli-bacilles, staphylocoques blancs, streptocoque pyogène. Le coli-bacille n'a été trouvé que dans un cas ; les staphylocoques rares chez l'une, fréquentes chez l'autre ; les streptocoques très abondants chez les deux malades, avec une intensité de virulence variable.

OZENNE.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Sur un cas de dermatose papulo-ulcéreuse, folliculaire, lympho-mycétique, maladie non encore décrite, par A. DUHRING et R. HARTZELL (*Monats. f. prakt. Dermatol., XX, n° 3*).

L'affection était limitée au cou et aux avant-bras ; elle durait depuis 3 ans. Elle était constituée par des papules ulcérées ou non et recouvertes de squames ou croûtes minces ; on voyait auprès d'elles des cicatrices déprimées, blanches, de forme irrégulière ; par places, les

éléments éruptifs étaient disposés en demi-cercle; en enlevant les croûtes, on mettait à nu de petites ulcérations folliculaires. Les lésions s'étendaient excentriquement, mais sans aucune régularité. L'examen histologique y a dénoté l'existence de spores et de tubes de mycélium différant du tricophyton par leur volume 2 ou 3 fois plus considérables.

H. HALLOPEAU.

Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes des Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen, par Kurt PASSARGE et R. KRŒSING (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XX, 1 Ergänzungs Heft*).

Les conclusions de Passarge peuvent être résumées ainsi qu'il suit : les erythèmes, l'œdème et la gangrène sèche laissent intactes les fibres élastiques; l'inflammation ne les détruit que lentement et incomplètement; la gangrène humide et les granulomes les anéantissent; les tumeurs les détruisent lentement, mais complètement; elles ne se régénèrent pas dans les tumeurs; dans les stries, elles sont rompues, mais vraisemblablement elles s'y reproduisent; sous l'influence de l'âge, elles dégénèrent dans la peau du visage. Leur altération, dans les processus pathologiques se traduit d'abord par la perte de leur affinité pour certaines substances colorantes telles que la fuchsine et le Magenta; puis elles s'amincissent et réfractent plus faiblement la lumière; plus tard, elles disparaissent entièrement; elles ne se dissocient pas en granulations, leur structure est homogène, elles peuvent se régénérer complètement dans les cicatrices; les nouvelles fibres conservent longtemps les caractères d'éléments jeunes; ce n'est que très lentement qu'elles acquièrent les propriétés optiques et chimiques des fibres adultes.

Krœsing est arrivé, de son côté, aux résultats suivants : le tissu élastique de la peau se développe entre le sixième et le septième mois de la vie intra-utérine, aux dépens de la substance intercellulaire, par des granulations qui peuvent se disposer en série et s'unir pour former les fibres ou s'infiltrer dans les faisceaux du tissu conjonctif et les transformer en fibres élastiques, les fibres élastiques du corps papillaire se développent plus tardivement que celles des couches réticulée et sous-papillaire dans toutes les inflammations hyperplastiques ou dégénératives ainsi que dans les néoplasies cutanées; le tissu élastique disparaît proportionnellement à l'intensité et à la durée du processus morbide, de tous les phénomènes de l'inflammation, l'infiltration est, à cet égard, le plus nocif; les parois vasculaires opposent dans certaines affections une grande résistance, le commencement de la dégénération s'annonce par une diminution dans la propriété d'absorber les matières colorantes et un amincissement; plus tard, les fibres se détruisent en subissant une dissociation moléculaire.

Dans les cas où les lésions ont été peu intenses, il ne se fait pas, à proprement parler, une régénération; la reconstitution du tissu élastique est le résultat d'un raccourcissement et d'une réunion des fibres qui avaient été dissociées, distendues et privées de leur pouvoir d'absorber les couleurs, mais avaient persisté; elles reprennent leurs caractères normaux, l'auteur ne peut dire si, dans les cas où les fibres ont été détruites par une inflammation de longue durée, elles sont susceptibles de se régénérer.

H. HALLOPEAU.

Pyodermites, éruptions acnéiques et séborréiques, influenziques et para-influenziques, et des accidents qui s'y rattachent, par LELOIR (*Bulletin Acad. de méd., 2 avril 1895*).

Outre les éruptions cutanées signalées au cours ou au déclin de la grippe, on observe souvent certaines pyodermites dans la convalescence de l'affection. Elles se présentent sous l'aspect de pyodermites furonculeuses, antracoïdes, de folliculites suppurées, plus rarement de pustules d'ecthyma, d'impétigo, de tournioles, de lymphangites.

Leloir, qui les range dans le groupe des pyodermites par élimination, les attribue à l'élimination par la peau des microbes pyogènes, circulant dans le sang des grippés. Cette hypothèse est propre à expliquer leur localisation assez fréquente au niveau des régions cutanées, riches en glandes volumineuses.

Comme ce sont des éruptions toxiques il faut les traiter par les purgatifs, la désinfection gastro-intestinale, les diurétiques, la sudation, les toniques, la quinine et l'exercice musculaire. OZENNE.

Contribution à l'étude de l'érythème noueux, par LEVY (*Thèse de Paris, 1895*).

L'érythème noueux n'est pas une entité morbide, c'est un syndrome. Il faut distinguer : 1° une variété primitive, dépendance de l'érythème polymorphe de Hebra avec lequel il coïncide souvent et qui réalise toutes les allures d'une maladie infectieuse; 2° une variété secondaire, survenant dans le cours des maladies infectieuses aiguës ou chroniques; il peut être dû à une infection secondaire ou même à la maladie causale, par exemple, l'érythème noueux palustre; 3° une variété toxique, médicamenteuse (iodure de potassium, antipyrine). F. BALZER.

Ueber Microorganismen bei Seborrhea, par v. HORN (*Monats. f. prakt. Dermatol., XX, n° 10*).

En dehors des spores en gourdes de Malassez et du saccharomyces ovalis de Bizzozero, l'auteur a trouvé constamment dans la séborrée le petit bacille décrit par Unna et il l'a le premier cultivé. H. H.

Ueber die Prurigogruppe im allgemeinen and die Prurigo temporanea im besonderen, par TOMMASOLI (*Monatsh. f. prakt. Dermat., XX, 3 et 4*).

Dans ce travail considérable, l'auteur, après avoir, à juste titre, revendiqué le mérite d'avoir le premier séparé du groupe des lichens pour le ranger parmi les prurigos sous le nom *prurigo temporaire auto-toxique*, le type clinique décrit par Vidal sous le nom de *lichen simplex aigu*, s'attache d'abord à démontrer que sa dénomination est préférable à celle de Brocq qui lui a substitué celle de prurigo simplex aigu.

La question n'a qu'un intérêt secondaire; on peut dire cependant que la dénomination de Brocq, adoptée par nous-même, a l'avantage de se rapprocher de celle de Vidal, le créateur du type, et de n'exprimer aucune hypothèse, quelque vraisemblable qu'elle soit. Il est vrai que ce prurigo aigu peut s'accompagner, lorsque, par exception, il se prolonge, de

complications; mais elles sont peu importantes et ne nous paraissent pas contradictoires avec l'épithète de simplex.

Tommasoli remarque ensuite qu'il faut élargir la conception du prurigo telle qu'elle a été formulée par Hebra, puisqu'on y fait rentrer une forme aiguë, et il donne ce nom à toute dermatose qui se développe sans cause extérieure et se caractérise par un prurit intense ainsi que, presque simultanément, par l'apparition d'une éruption papuleuse caractéristique; cette éruption occupe de préférence les surfaces externes des extrémités; ses papules sont souvent précédées ou accompagnées d'urticaire; elles se produisent par poussées successives; elles sont discrètes.

La forme temporaire du prurigo dure de quelques semaines à 2 ou 3 mois; elle comprend une partie des faits désignés jusqu'ici sous le nom de strophulus.

On doit distinguer plusieurs types dans le prurigo chronique; c'est ainsi qu'à côté du prurigo de Hebra, il y a lieu d'admettre une forme dans laquelle la maladie ne débute que dans la seconde enfance ou plus tardivement, une autre dans laquelle l'éruption n'est pas limité à ses lieux d'élection. D'après Tommasoli, chaque variété de prurigo a sa cause propre; il en est ainsi, par exemple, du prurigo chronique infantile estival, du prurigo chronique des adultes, du prurigo endémique de certains pays, du prurigo temporaire des femmes enceintes, du prurigo temporaire de la dentition; il s'agit d'autant d'espèces distinctes, d'auto-intoxications qui peuvent avoir pour points de départ, non seulement les voies digestives, mais tous les organes. H. HALLOPEAU.

Zur Behandlung des Pityriasis versicolor, par LEISTIKOW (*Monatsh. für prak Dermat., XX, n° 13*).

L'auteur emploie une pommade constituée par l'incorporation d'une solution de bisulfure de calcium dans un excipient tel que la vaseline associée, soit à la lanoline, soit à l'adeps lanœ, dans la proportion de 60 pour 40; son application donne lieu au dégagement d'acide sulfureux; sous son influence, le pityriasis versicolore guérit au bout d'une ou deux semaines. H. H.

Ueber die Porokeratose (Nouvelle étude), par MIBELLI (*Monatsh. f. prakt. Derm., XX, n° 6*).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier plus complètement l'évolution des éléments éruptifs qui caractérisent la dermatose décrite par lui sous ce nom. Ils sont constitués au début par une très petite élevure punctiforme; ce n'est autre chose qu'un petit bouchon corné émanant d'un conduit sudoripare. Bientôt l'orifice s'agrandit; son rebord prolifère et il se forme un petit anneau nettement délimité; l'altération offre alors l'aspect d'une plaque discoïde; le bouchon central ne se modifie pas; le plus souvent il tombe spontanément quand il n'est pas enlevé mécaniquement; plus tard, la partie centrale peut rester lisse ou devenir rude, dure, sèche et s'hyperkératiniser; il peut s'y former une nouvelle élevure semblable au premier bouchon; cette élevure peut prendre un aspect verruqueux.

Les efflorescences s'étendent excentriquement; on les voit atteindre

ainsi un diamètre de 10 à 15 millimètres; elles restent alors stationnaires; leur développement ne s'accompagne jamais de chaleur, de prurit ni de douleurs; jamais il ne se produit de rougeur, ni de tuméfaction de la peau; l'affection occupe surtout les parties exposées à des frottements, telles que la face dorsale des doigts et le devant des articulations; si elle intéresse une surface de flexion, celle des avant-bras, par exemple, elle y prend peu de développement.

Après avoir établi de nouveau que ce type clinique diffère de tous ceux qui ont été décrits jusqu'ici, Mibelli discute l'opinion exprimée par Tommasoli, opinion d'après laquelle cette affection devrait être rapportée à l'élimination par les glandes sudoripares d'auto-toxines susceptibles de produire ce qu'il appelle une kératophorie. Sans admettre, avec Schrœn, que la couche cornée émane morphologiquement des glandes sudoripares, Mibelli pense que la sécrétion de ces glandes entre comme coefficient dans le processus de kératinisation et constitue la condition prochaine de la constitution toute particulière que présente la couche cornée basale : on comprend dès lors qu'une altération pathologique de la sécrétion sudorale trouble le processus de kératinisation et produise ainsi, non seulement l'hyperkératose décrite par lui, mais aussi diverses formes d'ichtyose et la maladie de Darier; point n'est besoin d'invoquer avec Tommasoli l'intervention de toxines.

Dans une communication faite le 9 mai 1895 à la Société française de dermatologie, nous avons formulé une proposition qui semble en faveur de l'opinion de Schrœn et de Mibelli en l'étendant à tous les orifices glandulaires de la peau : « Ces orifices, avons-nous dit, sont le plus souvent le point de départ et le siège d'élection des proliférations épidermiques. »

H. HALLOPEAU.

Le lichen plan à forme bulleuse avec éosinophilie; nature du lichen plan, par LEREDDE (*Ann. de derm., n° 7, 1895*).

D'après l'examen d'un cas de lichen plan observé chez une femme âgée de 48 ans, l'auteur conclut que l'examen du sang doit être fait chez les malades atteints de cette affection. Les bulles que présentaient la malade ne contenaient pas de cellules éosinophiles, mais le sang en contenait. L'auteur croit à des altérations du sang probablement d'ordre chimique; il regarde le lichen plan comme une affection universelle de la peau et des muqueuses. Le grattage, les traumatismes cutanés n'interviennent que pour déterminer les éléments éruptifs apparents.

F. BALZER.

Du mycosis fongoïde et spécialement des érythrodermies prémycosiques, par MALHERBE (*Thèse de Paris, 1895*).

Les érythèmes prémycosiques sont variables d'un malade à l'autre. Ils peuvent simuler : l'eczéma vulgaire, papuleux ou marginé; la dermatite exfoliatrice généralisée; le psoriasis, le lichen ruber, le pityriasis, une érythrodermie scarlatiniforme, un érythème bulleux, etc. Ils peuvent être polymorphes sur le même sujet, Les causes de ce polymorphisme nous échappent; on peut invoquer les conditions d'existence, de terrain,

de susceptibilité nerveuse, mais on ne sait rien de précis à cet égard. Les érythèmes prémycosiques offrent quelques caractères communs : généralisation graduelle de l'éruption, modification spéciale de la peau qui s'épaissit, priorité notable sur les tumeurs, résistance au traitement contrastant avec une rétrocession parfois soudaine. Une observation de la thèse montre qu'une roséole prémycosique peut survenir parfois au cours de la phase des tumeurs. Celles-ci peuvent aussi paraître d'emblée. Le mycosis fongoïde n'est pas un sarcome, mais bien un lymphadénome.

F. BALZER.

Ueber Blasenbildungen der Haut, insbesondere Pemphigus, par H. IMMERMANN (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p. 425, 15 juillet 1894, et p. 117, 15 février 1895*).

Ce travail contient la relation d'un cas de pemphigus foliacé ayant débuté en décembre 1893, chez un homme de 57 ans n'ayant d'autre antécédent morbide qu'une pneumonie. La particularité intéressante de cette observation, c'est qu'il y eut pendant quelques mois une amélioration remarquable; l'épiderme se régénérait et le poids du malade, qui était tombé de $62^{kgr},1$ à $59^{kgr},7$, remonta graduellement à $67^{kgr},6$, quoique les poussées bulleuses continuassent. Néanmoins, la mort survint à la fin de septembre 1894, par une eschare qui se compliqua de pyohémie (phlegmons multiples, diarrhée, albuminurie).

A l'autopsie : début d'endocardite, abcès miliaires des poumons, infarctus spléniques et néphrite parenchymateuse.

J. B.

Pathogénie du zona, par BALDET (*Thèse de Paris, 1895*).

Le zona est une maladie générale infectieuse liée à une névropathie spécifique (Landouzy). Elle est unique et confère l'immunité; la fièvre plus ou moins intense précède ou accompagne l'éruption; un protozoaire a été trouvé et décrit par Pfeiffer dans la peau des parties atteintes; il a été vu aussi par Wasilewski. Ce protozoaire n'a pu être reproduit par la culture. L'adénopathie précède l'éruption, l'accompagne et la suit. C'est un des symptômes qui démontrent le mieux la nature infectieuse de la maladie.

F. BALZER.

Zur pathologischen Anatomie der Lepra, par LIE (*Archiv für Dermat. und Syph., XXIX, 3*).

Les bacilles de la lèpre sont pour la plus grande partie situés dans les cellules. Plusieurs auteurs ont aussi admis qu'ils pouvaient exister dans l'intérieur des fentes lymphatiques (Kühne, Unna, etc.) L'auteur croit que, même dans ces fentes, les bacilles sont encore dans les cellules. C'est ce qu'il a démontré par la dissociation pour les cellules des voies lymphatiques des nerfs, dans lesquels les cellules chargées de bacilles forment des traînées allongées. Les bacilles peuvent encore pénétrer dans les tubes nerveux, d'où disparaissent la myéline et le cylindre-axe. D'une manière générale, les bacilles se développent à la fois dans les cellules fixes du tissu conjonctif et dans les cellules migratrices. La prolifération des cellules est remarquablement lente, malgré le grand nombre des bacilles. Ceux-ci ne la provoquent que dans leur voisinage immédiat, à la

périphérie des foyers bacillaires le tissu est sain. Dans les cellules, les bacilles se multiplient de plus en plus; ils y forment enfin des petites masses globuleuses brunâtres dans lesquelles les bacilles sont nombreux et très serrés. A ce point commence le ramollissement des nodules lépreux dont l'évolution dégénérative diffère ainsi notablement de la dégénérescence caséeuse du tubercule. F. BALZER.

Étude sur le diagnostic bactériologique de la lèpre, par BAILLY (*Thèse de Paris. 1895*).

Le diagnostic de la lèpre au début est souvent très difficile; il l'est aussi à la période d'état dans les formes anormales et souvent on est obligé de recourir à la recherche du bacille lépreux pour éclairer le diagnostic. On peut le trouver dans le pus des ulcères lépreux, dans le pus des éruptions bulleuses; dans le pus d'un vésicatoire permanent, suivant la méthode de Kalindero; dans le sang des lésions lépreuses locales et dans le sang de la circulation générale; dans des fragments de peau ou de nerfs sous-cutanés obtenus par la biopsie qui donne les plus sûrs résultats. F. BALZER.

Tuberculose verruqueuse et lupus, par BLASCHKO (*Berlin. klin. Woch., n° 11, p. 236, 18 mars 1895*).

Homme de 60 ans, atteint de son affection depuis 36 ans. Il dut alors subir la désarticulation du médius gauche mutilé. Cette opération fut suivie d'un phlegmon du dos de la main et, ensuite, d'une tuberculose cutanée. Le processus morbide a gagné l'avant-bras. Mais les altérations s'offrent sous différents aspects, selon les points examinés. Vers la périphérie du membre, là où les sillons épidermiques correspondant aux papilles sont très développés, est apparue une tuberculose verruqueuse typique; au contraire, quand on se rapproche de la portion centrale du membre où il y a moins de papilles, on se trouve en présence de lupus vrai. Enfin, il est certains endroits où l'on peut observer directement le passage de la tuberculose verruqueuse au lupus.

J. B.

Un cas de lupus érythémateux acnéique de forme destructive avec suppurations folliculaires, par HALLOPEAU et GUILLEMOT (*Ann. de derm., n° 7, 1895*).

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme âgé de 39 ans, chez lequel le lupus érythémateux acnéique du visage diffère de la forme classique par la saillie considérable du rebord des plaques, par l'intensité du processus destructif qui s'est traduit par la division presque complète du lobule de l'oreille droite et enfin par l'existence de suppurations folliculaires. Chez ce malade existent des lésions tuberculeuses au sommet du poumon droit, fait qui plaide en faveur de l'opinion qui fait de ces lupus une forme atténuée de tuberculose cutanée. F. BALZER.

Ueber Lupus vulgaris des behaarten Kopfes, par Paul NEISSER (*Berlin. klin. Woch., n° 3, p. 53, 21 janvier 1895*).

Homme de 40 ans ayant, depuis l'enfance, un lupus du bras droit; depuis un an, il a remarqué sur la partie gauche de la tête, en un point où, trente ans auparavant, il avait été blessé, de la rougeur suivie de démangeaisons et de petites croûtes; enfin, il y a deux mois, est apparu au côté gauche du front une

petite plaque rouge. A la face externe du bras droit est une plaque rouge, ayant les dimensions de la paume de la main, revêtue de squames et dont les parties marginales sont exulcérées par places; les bords en sont serpigineux et, sur certains points, un peu saillants en bourrelet. Sur la tempe gauche, se trouve un point rouge, surélevé, exulcéré à son sommet, de la grandeur d'un pois. Au niveau du pariétal gauche, est une cicatrice blanchâtre, un peu rayonnée, dont le pourtour est rouge et garni de nombreuses petites croûtes jaunâtres ; on y distingue des tubercules lupiques en grand nombre. Neisser a pratiqué l'examen microscopique d'une parcelle du lupus du cuir chevelu.

Raclage des foyers du bras et de la tête, puis thermocautérisation. Excision du bouton frontal, puis suture et guérison par première intention. Application sur la plaque pariétale d'acide pyrogallique et d'europhène, ainsi que de pommade au nitrate d'argent ; elle guérit en une quinzaine, tandis que la plaque du bras met un long temps à se cicatriser.

Neisser n'a pu trouver que trois cas de lupus du cuir chevelu. Le premier cas est celui d'Hallopeau : (in Leloir), un homme qui avait, avec un lupus érythémateux de la face, une plaque semblable de la grosseur d'une pièce de cinq francs au milieu des cheveux. Le deuxième est dû à Van Haren Noman, (*Amsterdam*, 1889) et siégeait à la région mastoïdienne. Enfin, le dernier, rapporté par Wolters (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, 1892), concerne un étudiant en médecine qui, ayant encore des balafres de rapière non cicatrisées, se livrait assidûment à la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats. Pendant ce travail, il lui arrivait fréquemment de se gratter les plaies qui lui causaient des démangeaisons. Deux mois plus tard, apparaissait un lupus sur une des cicatrices ; après excision, on y reconnut des cellules géantes et des bacilles tuberculeux. J. B.

Lupus de la langue avec examen histologique, par DARIER (*Annales de derm., n° 7, 1895*).

V..., âgée de 21 ans, est atteinte d'un lupus de la face, du cou et du bras droit datant de 3 ans ; elle présente en même temps deux plaques lupiques de la langue. L'examen microscopique a démontré la nature lupique de cette lésion assez rare et remarquable dans ce cas par la présence de nombreuses cellules conjonctives en dégénérescence hyaline, fait jusqu'ici exceptionnel dans le lupus. F. BALZER.

I. — Ueber Lupusheilung durch Cantharidin....., par O. LIEBREICH (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p. 293, et n° 15, p. 323, 8 et 15 avril 1895*).

II. — Discussion de la Société médicale berlinoise (*Ibidem, n° 11, p. 235, 18 mars 1895*).

III. — Zur Kritik der Lupusheilung durch Cantharidin, par Heinrich KÖBNER (*Ibidem, p. 229*).

IV. — Bemerkungen zu Hern Prof. Köbner's Aufsatz....., par Edmund SAALFELD (*Ibid., n° 14, p. 305*).

V. — Erklärung von H. KÖBNER (*Ibid., n° 20, p. 447, 20 mai 1895*).

VI. — Erklärung von Edmund SAALFELD (*Ibid., n° 24, p. 535, 17 juin 1895*).

I. — Liebreich administre souvent la cantharidine à l'intérieur quand, le traitement devant se prolonger, les injections hypodermiques présentent des inconvénients. Il prépare une solution de 1 décigramme de

cantharidine dans 250 grammes de teinture d'écorces d'oranges qu'il ajoute à 250 grammes d'eau. Chaque division d'une seringue de Pravaz, de la contenance de 1 centimètre cube, correspond ainsi à 1 cinquième de décimilligramme de cantharidine et il ne dépasse pas 2 décimilligrammes, dose qu'on ne doit atteindre que très graduellement.

A ces doses, la cantharidine ne détermine jamais de néphrite, mais parfois de l'irritation passagère des reins trahie par la présence d'un peu d'albumine ou de sang dans les urines. Son action est lente mais certaine dans le lupus qu'elle guérit sans que les tubercules donnent lieu à des cicatrices et dans la phtisie laryngée. La cantharidine donne aussi de bons résultats dans la sclérodermie et le pityriasis rubra pilaire. Quel que soit son mode d'administration, elle stimule l'appétit.

II à VI. — Les assertions de Liebreich, corroborées par Saalfeld et Hansemann, ont trouvé peu de créance dans la Société médicale berlinoise.

Grabower résume ainsi l'opinion qu'il s'est faite de la cantharidine après l'avoir essayée dans 40 cas de tuberculose du larynx. Elle n'est pas sans danger pour les reins et elle n'exerce pas la moindre action sur les tissus tuberculeux de la muqueuse.

Edmund *Meyer*, qui a expérimenté d'une façon suivie les injections de cantharidine sur 18 malades atteints de phtisie laryngée, s'est vu obligé d'y renoncer parce que 14 d'entre eux ont présenté de l'albuminurie d'une façon passagère ou durable. Sous l'influence des injections, il avait souvent vu, comme l'indique Liebreich, et contrairement à Grabower, se produire une imbibition séreuse du fonds et du pourtour des ulcérations.

Hansemann déclare avoir fait l'autopsie d'une fillette qui avait été traitée avec succès, plus de 2 ans 1/2, par la cantharidine pour un lupus; elle succomba à une phtisie pulmonaire qu'elle avait de longue date, mais ses reins étaient parfaitement intacts sous le microscope. D'autre part, aux endroits où siégeait le lupus (fesses et visage), la peau était de texture histologique parfaitement normale, ce qui prouve bien que le lupus peut guérir sans cicatrices quand, au préalable, il n'a pas été cautérisé, raclé ou incisé.

A. Freundenberg a administré, par la bouche, le cantharidinate de potasse et surtout la cantharidine en solution au centmillième (cantharidine 1 milligramme; alcool 1 gramme; eau distillée 100 grammes) à la dose de trois à quatre cuillerées à thé par jour, d'abord dans 53 cas de cystite, dont 38 blennorragique. 5 fois la médication a été entièrement inefficace, mais pour 4 de ces malades, il en a été de même des autres traitements; 17 fois le résultat a été médiocre ou douteux, tandis que 31 fois la guérison a été rapidement obtenue. D'autre part, Freundenberg a essayé également la cantharidine dans 12 autres cas. Chez aucun des 65 malades, il n'a observé ni albuminurie, ni accident sérieux.

Saalfeld sur 4,798 administrations de cantharidine (hypodermiquement ou à l'intérieur) n'a renoncé que 53 fois à l'usage de ce médicament, en raison de troubles de l'urine à l'ébullition après addition d'acide nitrique. Chez des tuberculeux syphilitiques, l'emploi simultané de la cantharidine a mieux fait tolérer le mercure. Un cas de pseudoleucémie cutanée, rebelle à l'arsenic seul, a promptement guéri quand on recourut simulta-

nément à la cantharidine. Saalfeld est convaincu qu'elle guérit aussi le lupus sans laisser de cicatrices.

Isaac, *Kœbner* maintiennent que cela est impossible.

Liebreich répond à Meyer que, dans la tuberculose avancée, l'albuminurie est une complication banale. Les récents essais de Petteruti (*Il Policlinico* et *Therap. Monatshefte*, février 1895) sur des phtisiques, disculpent également la cantharidine de toute action nocive sur les reins, lorsqu'on l'emploie à doses thérapeutiques (2 décimilligrammes) et qu'en tâtant la susceptibilité des sujets, on augmente progressivement de 1 cinquième de décimilligramme (soit d'une division de la seringue de Pravaz) et non d'un décimilligramme comme l'a fait Meyer.

A Freundenberg, il rappelle que l'emploi de la cantharidine dans la cystite a été préconisé dès 1706 par un médecin que ses confrères anglais ont poursuivi et fait emprisonner, bien qu'on ait reconnu ultérieurement qu'il avait raison (*R. S. M.*, XXXVIII, 101 et 525; XXXIX, 89; XL, 109; XLI, 115; XLII, 488 et XLIII, 100). J. B.

Nouvelle note à propos de l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées, par ADENOT (*Annales de dermatol., n° 7, 1895*).

Dans ce travail l'auteur a en vue les tuberculoses cutanées, secondaires à une lésion osseuse latente et méconnue. Ces tuberculoses cutanées peuvent être fongueuses, exubérantes, bourgeonnantes et quelquefois croûteuses, mais végétantes. Cette seconde forme indique une tendance à la guérison spontanée; la suppuration et les croûtes sont dues à une infection mixte surajoutée. Dans un premier groupe, les ulcérations lupoïdes sont en rapport de continuité avec la lésion osseuse sous-jacente. Dans un second groupe, les ulcérations lupoïdes sont d'origine osseuse, mais le rapport de continuité est interrompu par guérison de l'os ou du tissu interposé. L'origine osseuse a une part prépondérante dans ces formes de tuberculose cutanée. Il faut donc toujours, avec le stylet, rechercher l'os malade. La guérison de la tuberculose cutanée par les moyens habituels ne peut être obtenue tant que l'os n'a pas été traité soit par l'ablation du point malade, soit par l'évidement du foyer et sa cautérisation au fer rouge. F. BALZER.

De l'actinomycose cutanée, par MONESTIÉ (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur rapporte, dans ce travail, 4 observations inédites. 3 cas ont complètement guéri par l'usage de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour continuée pendant longtemps. Le quatrième cas était également en bonne voie au moment où l'auteur a terminé son travail. Le traitement n'agit pas seulement sur la lésion locale, il modifie promptement l'état général; il semble agir comme spécifique. F. BALZER.

Beobachtung von tuberculöser Lymphosarcomatose, resp. Pseudoleukaemie, par RIBBERT (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 3, p. 86, 1er février 1895*).

Femme ayant depuis trois ans une tumeur du sein prise pour un sarcome, aux progrès de laquelle elle succomba. La tumeur mammaire avait, en grande partie, la texture des lymphosarcomes, mais, en quelques points, elle

offrait des places caséeuses de nature tuberculeuse. A l'entour des foyers caséeux se trouvaient, disséminées dans du tissu lymphatique, des cellule géantes, à noyaux marginaux, renfermant quelques bacilles.

La rate présentait de nombreux noyaux gris blanc, mous, formés par confluence, et atteignant généralement les dimensions de noisettes. Elle avait tout à fait l'aspect que lui donne la pseudo-leucémie, mais le microscope révélait l'existence, entre les noyaux et non à leur intérieur, d'une vaste tuberculose miliaire.

Les poumons offraient également les deux ordres d'altérations.

On se trouvait donc en présence d'une tuberculose mammaire qui avait longtemps évolué en simulant un sarcome et en donnant, de même, lieu à des métastases ; puis, finalement, une rapide pullulation des bacilles dans une portion de la tumeur primitive avait été le point de départ d'une tuberculose miliaire. J. B.

Fibromes péri-acineux des glandes sudoripares, par AUDRY (*Ann. de derm.*, *n° 7*, *1895*).

Il s'agit d'une petite tumeur, placée à l'angle du sourcil, chez une femme âgée de 37 ans. Cette tumeur est constituée par des tubes sudoripares sur lesquels s'insère directement le tissu fibreux. Le tissu élastique a disparu, et l'auteur admet que le fibrome a pris son point de départ dans la paroi même des pelotons glomérulaires. Il l'appelle pour cette raison fibrome périacineux de la mamelle. F. BALZER.

Tumeurs sudoripares næviformes, par VILLARD et PAVIOT (*Congrès méd. de Bordeaux*, *1895*).

Certaines tumeurs de la peau, ayant l'apparence et les caractères cliniques des nævi materni, sont constituées histologiquement par des adénomes sudoripares avec un développement parallèle télangiectasique des vaisseaux.

Les tubes sudoripares se sont ordonnés autour de ces vaisseaux dilatés. La paroi des vaisseaux est le plus souvent réduite à l'endothélium et une fine lamelle connective ; parfois le sang seul fait reconnaître la nature d'une lumière circulaire, qui apparaît entourée de tous côtés par des cellules épithéliales. Aucun élément pigmenté n'a été rencontré.

Il semble donc que le tissu conjonctif lâche de l'adventice des vaisseaux ait servi de voie d'extension à la tumeur ; et quant à la télangiectasie parallèle, on peut l'expliquer par le surcroit de nutrition locale qu'entraîne le néoplasme.

Caractères cliniques : 1° faible vascularisation de ces nævi se traduisant par : une réductibilité incomplète, l'absence de gros vaisseaux à la périphérie, la disparition très facile de la coloration par une pression légère, enfin l'absence d'hémorragie lors de l'incision chirurgicale ;

2° La sensation d'une tumeur persistant malgré une compression énergique ayant expulsé le sang des vaisseaux, persistant après l'ablation du néoplasme ;

3° L'extension se manifestant soit localement soit à distance en d'autres points du tégument.

Parfois cette extension nécessite un traitement chirurgical radical, l'excision. Toute autre méthode, cautérisation, injection, ne peut qu'irriter l'élément néoplasique. L. GALLIARD.

Morphœa herpetiformis, par Jonathan HUTCHINSON (*Brit. med. Journ., p. 1194, 1er juin 1895*).

Sous ce titre, J. Hutchinson rapporte le fait d'une dame atteinte d'une plaque de morphée d'un jaune d'ivoire, localisée à la partie externe du pied, et entourée de deux ulcérations herpétiformes. Il insiste sur la distribution de cette dermatose trophique, qui suit exactement la circonscription géographique du petit saphène, s'accompagne de pertes de substance analogues à celles d'un herpès ulcéreux et de troubles de sensibilité.

Il distingue 3 variétés de morphée :

a) La morphée herpétiforme.

b) La morphée acrotérique, occupant de préférence, et presque exclusivement, les extrémités : lésions symétriques accompagnées fréquemment de cyanose et de gangrène des extrémités (syndrome de Raynaud).

c) Les cas où le tissu conjonctif sous-cutané est intéressé, et où les plaques de sclérodermie et les taches éburnées, avec rétraction de la peau, se montrent symétriquement, avec ou sans ulcérations. H. R.

Cas non communs de teigne faveuse, par DEL CHIAPPA (*Giorn. ital. delle mal vener., XXX, 2*).

L'auteur rapporte l'observation d'une femme âgée de 27 ans, atteinte d'un favus très étendu du cuir chevelu et de la peau. Malgré la généralisation de ce favus, cette femme, qui était mariée depuis 4 ans, ne communiqua pas le favus à son mari, mais seulement à ses enfants. Ce fait montre bien qu'une certaine réceptivité est nécessaire pour la contagion des affections parasitaires. Cette femme était très affaiblie par ce favus considérable, et son état général s'améliora promptement pendant le traitement. L'auteur rapporte en outre une petite épidémie de famille dans laquelle le favus s'était développé sur quatre enfants, non sur le cuir chevelu, mais sur divers parties glabres du corps. F. BALZER.

Le traitement thyroïdien du psoriasis, par THIBIERGE (*Congrès de méd. Bordeaux 1895*).

L'auteur a expérimenté sur 11 psoriasiques le traitement thyroïdien préconisé par B. Bramwell. Le traitement, continué pendant quinze jours à deux mois, à doses quotidiennes variant de 2 à 8, exceptionnellement 12, 16 et 20 grammes de corps thyroïde frais, en nature, et à doses totales de 72 à 288 grammes, a produit les mêmes effets généraux que dans les cas de myxœdème soumis à la même médication : céphalée, douleurs dans les membres, embarras gastrique, tachycardie, asthénie, amaigrissement ; la perte de poids, qui n'était pas enrayée par la boulimie que présentaient les malades après une période initiale d'anorexie, a chez la plupart des malades dépassé 6 kilogrammes en moins de six semaines. Cependant ces troubles généraux ont été, à doses égales, moins accusés que chez les myxœdémateux thyroïdophages ; il semble donc que, dans la cachexie pachydermique, les phénomènes généraux ne soient pas dus uniquement au thyroïdisme thérapeutique, mais résultent aussi en partie de la démyxœdémisation.

Les effets thérapeutiques sur le psoriasis ont été nuls dans 3 cas (y compris celui où les doses de corps thyroïde ont été le plus élevées et les phénomènes du thyroïdisme le plus accusées), favorables dans les 8 au-

tres, mais s'y sont bornés à une amélioration plus ou moins marquée ; dans aucun cas les lésions cutanées n'ont disparu complètement.

Il faut réserver ce traitement aux cas rebelles de psoriasis, dans lesquels les malades ont vainement essayé toutes les médications classiques et veulent à tout prix tenter un nouvel essai ; encore cet essai ne doit-il être fait qu'avec réserve et prudence et doit-il être suspendu dès que les phénomènes du thyroïdisme menacent de prendre une allure et une intensité dangereuses. L. GALLIARD.

Ueber das Gallanol, par Max JOSEPH (*Berlin. klin. Woch., n° 8, p. 164, 25 février 1895*).

Incité par les travaux de Cazeneuve et Rollet (*R. S. M.*, XLII, 225 et XLIV, 486), de Gonnon (*R. S. M.*, XLIV, 486), etc., Joseph a essayé le gallanol contre diverses dermatoses. D'après ce qu'il a vu, dans le *psoriasis*, le gallanol ne saurait être mis sur le même rang que la chrysarobine qui reste toujours le médicament le plus actif; il n'a même pas l'efficacité de l'acide pyrogallique. Toutefois, comme il a le grand avantage de ne pas maculer la peau ni le linge, Joseph estime qu'il y a lieu de l'employer pour le psoriasis de la face ou du cuir chevelu, ainsi que chez les femmes et les enfants et, d'une façon générale, dans tous les cas où la rapidité du succès importe peu.

Contre l'*eczéma*, les résultats ont été nuls ; le gallanol n'a même pas fait cesser le prurit.

Enfin Joseph a expérimenté le gallanol avec plus de profit dans l'*herpès tonsurant* et l'*eczéma marginé* de même nature. Ici, il a vu les mêmes effets que contre le psoriasis : action plus lente que l'acide chrysophanique mais double avantage de ne pas provoquer d'irritation et de ne pas salir. J. B.

Manifestations cutanées de l'intolérance iodique, par TROUCHAUD (*Thèse de Paris, 1895*).

Dans certains cas, on ne peut invoquer d'autre cause que l'idiosyncrasie pour expliquer les accidents cutanés de l'intolérance iodique. Dans d'autres cas, cette intolérance est acquise, par exemple, dans l'albuminurie, et aussi dans les cas où il existe une véritable saturation de l'organisme. L'auteur a observé un fait de ce genre chez un malade qui avait absorbé 8 grammes de KI par jour pendant deux mois et qui eut une acné géante anthracoïde de la face qui obligea de suspendre le traitement. Les accidents dus à l'intolérance iodique cèdent rapidement à la suspension du traitement, dans quelques cas elle persiste et certains accidents peuvent durer deux mois et demi à trois mois. L'auteur rapporte une observation d'éruption iodique bulleuse semblable à celle qui a été rapportée par Hallopeau et dans laquelle les manifestations cutanées durèrent très longtemps. L'iodure de sodium cause les mêmes accidents que l'iodure de potassium. F. BALZER.

Ueber Salbenstifte, par AUDRY (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., XX, n° 10*).

Ces nouveaux crayons se composent de 70 parties de beurre de cacao pour 10 de paraffine et 10 d'huile d'olives; on y ajoute de 2,5 à 15 par-

ties du médicament que l'on veut appliquer; la proportion des parties constituant l'excipient varie suivant la nature de ce médicament. H. H.

Ueber Kaseine Salben, par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XX*, *n° 10*).

Sous le nom d'onguent à la caséine, Unna fait préparer une pommade composée de 14 parties de caséine, 0,43 d'alcalis, 7 de glycérine, 21 de vaseline, 1 d'antiseptique et d'une quantité d'eau suffisante pour compléter 100 parties, elle représente une sorte de lait artificiel, épais et visqueux; c'est un intermédiaire entre les pommades grasses et les vernis. Appliqué sur la peau, cet onguent se dessèche de manière à former une couche très élastique, très mince; grâce à sa richesse en graisse, il peut, à l'encontre des vernis, agir profondément.

On ne doit pas lui incorporer les sels de chaux non plus qu'une proportion notable d'acides, car ces substances ont l'inconvénient de coaguler et de précipiter la caséine, c'est ainsi qu'on ne peut l'additionner de plus de 1 0/0 d'acide salicylique. Les substances légèrement acides, telles que les goudrons et les baumes, peuvent y être mêlées; il est bon alors d'y ajouter du savon alcalin, du moins pour les goudrons, à la dose d'une partie pour 4 de goudron.

Par contre, les alcalis et sels alcalins ainsi que l'ichtyolate d'ammonium l'épaississent de telle sorte qu'il faut, pour l'utiliser comme véhicule de ces préparations, y diminuer la proportion de caséine.

Les substances pulvérulentes neutres trouvent dans cet onguent un excipient, à la condition d'y ajouter une proportion égale de vaseline. On peut l'utiliser également pour les pommades mercurielles.

Cet excipient est recommandable par la grande facilité de son application. Unna l'a employé avec grand avantage associé à l'ichtyol, au baume du Pérou ou au goudron contre toutes les formes de prurit.

Il peut être utilisé enfin comme vernis protecteur et servir ainsi à la prophylaxie des coups de soleil ainsi qu'au traitement des éphélides, du xéroderma pigmentosum et à l'application des fards. H. HALLOPEAU.

Contribution à l'étude des manifestations oculaires de la syphilis de l'encéphale, par ELENEFF (*Thèse de Paris*, *1895*).

La syphilis de l'encéphale retentit très souvent sur l'œil. Le plus souvent on observe diverses affections du nerf optique (papillite, névrite, atrophie). L'hémianopsie temporale est plus fréquente que l'hémianopsie homonyme. Les paralysies de la troisième paire viennent, par leur fréquence, après les affections du nerf optique. Elles sont totales ou partielles; celles-ci ont le plus souvent pour cause une lésion basilaire. L'ophtalmoplégie intrinsèque est fréquente dans la forme mentale de la syphilis du cerveau; l'ophtalmoplégie extrinsèque bilatérale chronique, d'origine nucléaire, est rarement due à la syphilis. Le syndrome de l'ophtalmoplégie extrinsèque incomplète, avec paralysie seulement de certains rameaux de la troisième paire, uni ou bilatéral, peut être produit par une lésion syphilitique basilaire. L'ophtalmoplégie mixte, ordinairement unilatérale, est extrêmement fréquente dans la syphilis de l'encéphale. Les paralysies d'autres paires motrices de l'œil sont plus rares que celles de la troisième; parmi celles-ci, la sixième paire occupe la

première place. La kératite neuro-paralytique s'observe relativement assez souvent dans la syphilis du cerveau, comme suite de lésions du ganglion de Gasser. Les causes de divers troubles visuels siègent, dans le plus grand nombre des cas, à la base : ce sont, le plus ordinairement, les méninges qui en sont le point de départ, sous forme de méningite gommeuse ou scléreuse plus ou moins diffuse. F. BALZER.

Discussion on the affection of the nervous system occuring in the early stages of syphilis, par Jon. HUTCHINSON, ALTHAUS, BROADBENT, etc. (*Brit. med. Journ., p. 584, 16 mars 1895*).

J. Hutchinson signale la paraplégie qui se produit avec les allures d'une myélite transverse, dans les premiers mois de la syphilis. Il insiste sur ce que les lésions en pareil cas sont vasculaires et périvasculaires : l'élément nerveux est respecté. Dans le cas qu'il communique, il y avait une infiltration colloïde diffuse des gaines périvasculaire, des thromboses veineuses : et, sur quelques points, de petites gommes dans la paroi des vaisseaux.

Althaus insiste sur les hémiplégies précoces, et les artérites de la période secondaire de la syphilis : il les croit d'autant plus fréquentes que le sujet est jeune, adonné aux travaux de l'esprit, et qu'il a subi des traumatismes craniens. Il préconise les injections mercurielles sous-cutanées.

Broadbent ne croit pas les lésions artérielles aussi constantes qu'on le dit; pour lui, les lésions des centres nerveux affectent initialement les cellules nerveuses, les racines des nerfs moteurs ou sensitifs.

Ferrier développe cette idée que bon nombre des accidents nerveux, développés chez les syphilitiques, ne sont pas nécessairement d'origine et de nature syphilitiques. H. R.

Syphilis as factor in the etiology of acute ataxic paraplegia, par G. SCOTT MAC GREGOR (*Brit. med. Journ., p. 475, 2 mars 1895*).

Une femme de 42 ans éprouve, le 30 mars, de l'engourdissement et des fourmillements des pieds : quelques heures après, elle devint paraplégique. Au bout de 4 jours, elle a une paralysie complète des membres et des sphinters, absence des réflexes tendineux, la sensibilité restant intacte et les douleurs presque nulles. Les membres supérieurs sont agités de mouvements incessants ainsi que les muscles de la face : le pouls bat 140.

La marche de l'affection fut celle d'une paralysie ascendante aiguë, avec envahissement progressif des membres supérieurs, irrégularité des battements du cœur et engouement pulmonaire. Elle mourut le 10 avril avec des symptômes bulbaires.

A l'autopsie, lésions de méningo-myélite avec dépôts fibrineux souspiemériens ; gommes du foie.

L'auteur considère cette leptoméningite comme de nature syphilitique.

H. R.

Contribution à l'étude de la maladie de Parrot, par GOUEZ (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur décrit la pseudo-paralysie syphilitique d'après 2 observations nouvelles recueillies dans le service de Moizard, et il en étudie les divers

types cliniques avec observations à l'appui. Il montre, contrairement à l'opinion de Parrot, que cette maladie reconnue de bonne heure cède rapidement au traitement et pourrait même, dans certains cas, guérir spontanément. Elle peut être l'unique symptôme de la syphilis héréditaire et survient, en général, dans les trois premiers mois de l'existence de l'enfant. L'hygiène alimentaire contribue à la guérir avec le traitement spécifique. Elle peut être confondue avec la paralysie infantile et avec l'ostéomyélite des nourrissons, et, dans ce dernier cas, s'il n'y a pas de fièvre, le diagnostic peut être impossible sans le secours de la bactériologie qui montre habituellement, la présence du streptocoque.

F. BALZER.

De la syphilide pigmentaire et de sa valeur diagnostique, par SEMEN (*Thèse de Paris, 1895*).

La syphilide pigmentaire n'est pas un vitiligo ; l'auteur la considère comme 5 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, 42 cas sur 100 environ. C'est un accident nettement syphilitique et non parasyphilitique. Le traitement local est sans action sur lui, mais le traitement général a un certain effet préventif et curatif. Sa valeur diagnostique est grande pour dépister la syphilis ignorée de la femme qui est 4 fois plus fréquente que la syphilis ignorée de l'homme (40 0/0 environ).

F. BALZER.

Syphilis rénale congénitale, par MASSALONGO (*Arch. per le scienze med., IX, 11*).

Enfant de six mois, née avant terme, d'une mère syphilitique, ayant présenté de nombreux syphilodermes aux cuisses et aux organes génitaux externes. Elle succombe avec de l'albuminurie, des œdèmes, la diarrhée, des vomissements, des convulsions et enfin le coma urémique. A l'autopsie, néphrite interstitielle avec sclérose diffuse péritubulaire et périvasculaire, endo et périartérite très accentuée. Les lésions vasculaires existent aussi dans la rate et le foie, mais beaucoup moins fortes. Dans le rein la sclérose atteint et atrophie les glomérules de Malpighi. Les épithéliums des tubuli sont dégénérés, remplacés parfois par des cylindres hyalins ou granuleux. Les lésions, en somme, ne diffèrent pas de celle de la néphrite tardive de l'adulte; vu leur intensité, il est probable que la syphilis avait atteint le rein pendant la vie intrautérine.

F. BALZER.

Un cas de néphrite syphilitique, héréditaire tardive, par Léopold LEVI (*Arch. gén. de méd., 1895*).

Une fille de 25 ans est née de parents tuberculeux, le père syphilitique. Elle a eu à partir de 9 ans, de l'œdème des membres inférieurs, avec oligurie, céphalalgie, quelquefois crises de dypnée, etc.

Elle présente les attributs de l'infantilisme, de nombreux stigmates de syphilis héréditaire, phénomènes oculaires, auriculaires, dentaires, hypertrophie du crâne, du fémur et du tibia droits. L'urine contient 6 grammes d'albumine par jour ; le régime lacté augmente la quantité d'urine, mais la quantité d'albumine par jour ne varie que très peu.

H. L.

Sur les changements observés dans le sang des syphilitiques sous l'influence du traitement mercuriel, par KOZLOWSKI (*Thèse de St-Pétersbourg, 1895*).

L'auteur a examiné 14 syphilitiques et 5 hommes sains pendant 2 jours

avant et 2 jours après l'administration du mercure introduit, soit par voie endermique, soit par injection intra-musculaire. Chez l'homme sain, sous l'influence du mercure, le taux des formes mûres des globules blancs diminue, tandis qu'il augmente chez les syphilitiques.

Cette différence dans les changements du nombre des leucocytes est moins accentuée pour les formes jeunes, tout en conservant le même caractère, augmentation chez l'homme sain, diminution chez les syphilitiques. Enfin, les formes de transition et les cellules éosinophiles n'accusent ni augmentation ni diminution, soit chez l'homme sain, soit chez les syphilitiques, après le traitement mercuriel. H. FRENKEL.

Ueber intravenöse Injectionen von Sublimat, par GÖRL (*Münch. med. Woch.*, *n° 20*, *p. 465*, *1895*).

Görl emploie les solutions à 1 et 3 0/00, ce qui permet de doser aisément la quantité de médicament. La piqûre se fait dans les veines après ligature du bras et on n'injecte le liquide qu'après s'être assuré que deux ou trois gouttes de sang veineux ont coulé par l'aiguille. Les injections sont indolores, le médicament peut être employé à petite dose, la guérison est rapide, et l'emploi du procédé sans danger. Il faut cependant compter avec les cas où, par suite du peu de développement du système veineux sous-cutané, l'introduction de l'aiguille est impossible ; à noter que les récidives sont rapides. L'emploi de ce procédé doit donc être limité aux cas où il faut agir rapidement. C. LUZET.

Injections intraveineuses de sublimé dans un cas de syphilis cérébrale, par BRUNI (*Il Policlino*, *11 mai 1895*).

Homme de 25 ans, syphilitique depuis 4 ans, et atteint d'épilepsie jacksonienne. Traitement par des injections intramusculaires d'huile grise et administration d'iodure de potassium. Aucune amélioration. Le neuvième jour, injection de 3 milligrammes de sublimé en solution dans la veine médiane céphalique gauche ; le lendemain, injection analogue de 6 milligrammes. En tout, 16 injections furent ainsi pratiquées. Les attaques épileptiques cessèrent après la deuxième injection et la céphalée disparut. Le malade a été revu quelque temps après guéri. H. R.

Étude sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par GUIBÉ (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'auteur étudie d'abord le mode d'action de l'iodure dans la syphilis, ses indications dans le traitement des accidents des diverses périodes, et son administration à doses faibles et à doses élevées. Il rapporte plusieurs observations qui montrent que l'iodure peut réussir même à des doses faibles par lesquelles il convient presque toujours de commencer un traitement. Dans certains cas pourtant, les doses élevées sont obligatoires, ainsi que le démontrent deux observations rapportées par l'auteur dans lequelles les doses ont dû être portées jusqu'à 20 grammes par jour pour arriver à obtenir la cessation des accidents. Ce travail est, en somme, une monographie complète avec de nombreux renseignements et une bibliographie très étendue. F. BALZER.

Rapports du chancre mou et du bubon vénérien avec les saisons, par MASTROSIMONE (*Giorn. ital. dellmal. vener.*, *XXX*, *2*).

D'après une statistique de Palerme, le chancre mou et le bubon s'observent pendant les 6 mois les plus chauds. En hiver également, c'est pendant les mois les moins froids, qu'on les observe le plus souvent.

F. BALZER.

Das Vorhandensein des Ducrey-Unnaschen Bacillus im Bubo des Ulcus simplex vor Auftreten des Eiters, par AUDRY (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, *XX*, *n° 5*).

L'auteur a extirpé un bubon non encore suppuré chez un sujet atteint de chancres simples ; il y a constaté la présence des bacilles de Ducrey ; ils occupaient exclusivement les voies lymphatiques : un bubon peut donc être virulent avant de suppurer.

H. H.

Zur Behandlung des Bubo, par NEEBE (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *XX*, *n° 10*).

L'auteur recommande comme traitement du bubon chancreux lié au chancre simple une compression énergique avec de l'ouate que maintient un spica; cette pratique empêche presque constamment la suppuration.

H. H.

Stérilité du pus du bubon blennorragique, par GAUCHER, SERGENT et CLAUDE (*Ann. de derm.*, *n° 7*, *1895*).

Les auteurs rapportent 2 observations d'adénite inguinale suppurée, l'une au cours d'une urétrite aiguë, l'autre au cours d'une métro-vaginite. Dans les 2 cas le pus du bubon ne contenait aucun microbe à l'examen microscopique; des cultures faites dans un cas restèrent également stériles.

F. BALZER.

De la péricardite blennorragique, par BOUCHER D'ARGIS (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'auteur rassemble toutes les observations connues de péricardite blennorragique. Cette affection est assez bénigne et courte lorsqu'elle est isolée. Les cas graves accompagnaient l'endocardite et la myocardite ou le rhumatisme grave.

F. B.

Rhumatisme blennorragique chez le nouveau-né, par HAUSHALTER (*Congrès de méd. Bordeaux*, *1895*).

Chez un enfant de 25 jours, atteint d'ophtalmie purulente à gonocoques, le rhumatisme s'est localisé au genou droit et au poignet gauche. La ponction du genou donna un liquide louche, riche en leucocytes, contenant des gonocoques.

Ce cas porte à 11 le nombre des faits actuellement connus d'arthrite blennorragique chez le nouveau-né. De l'étude de tous ces faits on peut conclure qu'il n'y a aucun rapport entre le développement de l'arthropathie et l'abondance de la suppuration oculaire ; dans l'immense majorité des cas, le rhumatisme blennorragique du nouveau-né est monoarticulaire ou oligoarticulaire ; le genou est presque constamment frappé dans une proportion plus élevée que chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte ;

l'état général est peu atteint; la fièvre est habituellement absente. La maladie ne dure guère plus d'un mois et guérit sans laisser de traces.

L. GALLIARD.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Essai sur la clinique, la pathogénie et l'étiologie de la démence, par GRANDGUILLOT (*Thèse de Paris, 1895*).

A propos de l'anatomie pathologique soigneusement observée dans trois cas de démence, l'auteur admet qu'au point de vue clinique, la démence apparaît comme une diminution du moi par dissociation de ce moi. Anatomiquement, c'est une destruction insuppléable de centres cérébraux ou de commissures cérébrales. Physiologiquement, c'est l'ensemble incohérent des fonctions particulières, plus ou moins dissociées les unes des autres, ayant subsisté malgré la destruction susdite. Au point de vue pathogénique, la démence apparaît donc comme une diminution du système cérébral, par dissociation de ce système, ou, si l'on veut, par dissociation des centres répondant à ce système. Au point de vue étiologique elle est due aux tumeurs encéphaliques, au ramollissement cérébral ou à l'hémorragie, à la paralysie générale, à la sénilité (dégénérescence atrophique par dénutrition), aux intoxications (dégénérescence par hétéro-intoxication), aux névro ou psychopathies (suppression fonctionnelle, sinon organique, par hétéro- ou auto-intoxication).

P. S.

Des états cataleptiques dans les maladies mentales, par LE MAITRE (*Thèse de Paris, 1895*).

Les états cataleptiques qui se développent au cours des psychoses sont caractérisés par la lenteur, la gradation de leur invasion et de leur terminaison, par la longueur de leur durée. Leur marche est plutôt rémittente qu'intermittente. Ils sont le plus souvent incomplets, partiels. On leur a donné avec raison le nom d'accès partiels composés. Ils coexistent avec une augmentation de la tension musculaire et un affaiblissement de l'activité psycho-motrice volontaire. Ils paraissent dus, en général, à des troubles de la perception, qui abolissent la sensation de fatigue ou la rendent confuse et qui déterminent la persistance des images motrices communiquées, avec leurs excitations correspondantes. Ils peuvent se développer dans la plupart des maladies mentales, dans le délire alcoolique, la mélancolie, la confusion mentale, la manie, les différentes formes de la folie périodique, les délires des dégénérés, la faiblesse intellectuelle, congénitale ou acquise. Dans l'épilepsie, ils peuvent précéder ou suivre la grande attaque. Dans la grande majorité des cas, l'hystérie ne prend aucune part à la production des états cataleptiques

observés dans les maladies mentales. La katatonie de Kahlbaum n'existe pas. La stupeur et l'hérédité sont les causes principales des phénomènes cataleptiques observés chez les aliénés. Dans les cas de simulation, la courbe myographique, les tracés du pouls et de la respiration pourront dévoiler la simulation. P. S.

Remarks on chronic renal disease, etc., par Hubert BOND (*Brit. med. Journ. p. 465, 2 mars 1895*).

Le but de cette note est de montrer la très grande fréquence des affections rénales chez les aliénés et l'influence de l'alcoolisme à la fois sur la lésion rénale et sur l'état mental.

La statistique que donne Bond porte sur 154 aliénés, parmi lesquels 74, soit 48 0/0, avaient des lésions rénales. Or, d'autre part, la proportion des alcooliques est de 16 0/0 sur le nombre total des cas d'aliénation. Ceci, comparé à la statistique des hôpitaux généraux, laquelle donne une proportion de 25 0/0 seulement d'affections rénales, montre bien la large part que prend l'alcool dans la pathogénie de l'albuminurie et de la démence. H. R.

De la pollakiurie psychopathique et de son traitement, par CORBY (*Thèse de Paris, 1894*).

La pollakiurie idiopathique, sans aucune lésion organique, d'origine purement psychique, la pollakiurie psychopathique est attestée par les travaux de Harrison, Guyon, Monod, Janet, Guiard, Furbringer, Hartmann, etc. L'auteur en rapporte cinq nouvelles observations et fait un exposé complet de ce syndrome. Elle est liée à l'une des trois causes suivantes qui peuvent agir séparément ou se renforcer : les mauvaises habitudes de miction, les préoccupations psychiques, l'hypochondrie urinaire. Cette pollakiurie est une manifestation viscérale de la neurasthénie, et succède dans la moitié des cas à l'incontinence nocturne infantile, à laquelle elle se rattache étroitement. Le pronostic en est bénin au point de vue de la vie du malade, mais sérieux si l'on considère l'aboutissant presque fatal qui est l'hypochondrie. Le traitement modifie cependant ce pronostic. Il consiste dans la dilatation vésicale lente et progressive. On injecte une quantité d'eau boriquée variant de 150 à 450 grammes, suivant le nombre de séances antérieures et la résistance du sujet. La sensibilité de la vessie à la tension diminue graduellement en même temps que le malade, rassuré sur l'état de tolérance de sa vessie, revient spontanément à un nombre normal de mictions dans un délai moyen de deux mois. P. S.

Contribution à l'étude du tatouage chez les aliénés, par BONNEMAISON (*Thèse de Paris, 1895*).

Le tatouage chez les aliénés est beaucoup plus commun que ne l'avaient affirmé Lombroso et l'école italienne. Il est plus rare que chez les sains d'esprit et beaucoup plus rare encore que chez les criminels. Il y a dans certains cas, un rapport étroit entre le symbole exprimé par le tatouage lui-même et le délire du malade. Il se rencontre de préférence chez les

aliénés à tendances agressives et criminelles, et mérite ainsi d'entrer en ligne de compte dans la distinction encore si obscure des aliénés dangereux et des aliénés inoffensifs. P. S.

A well marked case of Kahlbaum's so called katatonia, par DODSON (*Med. Record, 6 juillet 1895*).

Ce cas concerne un homme de 37 ans atteint de délire non systématisé de la persécution, de mutisme, brisant parfois les vitres, détruisant ses vêtements et refusant de manger si ce n'est dans l'obscurité, entré à l'hôpital avec les manifestations somatiques suivantes : les jambes sont rigides et immobiles, les mains crispées, les mâchoires serrées ; il existe des mouvements rythmiques de la bouche, des sourcils et des joues, de sorte que le malade est continuellement grimaçant. Les muscles des extrémités sont en état de contraction tonique avec résistance marquée aux mouvements passifs. Si l'on cherche à mouvoir un bras ou une jambe, le membre correspondant exécute des mouvements similaires et si les jambes sont mises dans une position quelconque, elles reprennent tout aussitôt leur position primitive ne restant pas dans la position donnée, ainsi qu'il arrive, par exemple, dans la catalepsie.

La sensibilité tactile et les impressions douloureuses sont diminuées ; la titillation de la plante des pieds ne provoque aucun mouvement ; la piqûre avec une épingle, de cette région, fait faire au bout de trois secondes une légère grimace au malade. On note parfois que les cuisses sont en abduction, les jambes fléchies sur les cuisses, les pieds se touchant, la tête rigide et les mains appliquées sur le scrotum ; puis le malade reste aussi parfois en opisthotonos pendant 15 à 20 minutes. Cris nocturnes, paroles obscènes, crises de boulimie alternant avec refus de s'alimenter, etc. Tous les symptômes morbides s'exagèrent lorsque le patient est en observation.

D. voit dans ce fait un cas de katatonie. CART.

Deux cas de paralysie générale juvénile avec syphilis héréditaire....., par E. RÉGIS (*Journ. méd. Bordeaux, 26 mai 1895*).

L'auteur rapporte 2 cas de paralysie générale observés l'un sur une jeune fille de 17 ans, malade depuis trois années, et l'autre sur un jeune homme de 18 ans, atteint depuis quatre ans ; tous deux présentent actuellement le tableau complet d'une paralysie générale avancée à forme démente, sans délire. Les antécédents héréditaires, soigneusement recherchés, ont prouvé que les pères des deux malades avaient eu la vérole vingt-cinq ans auparavant et qu'ils en portaient encore des traces, et qu'en outre ils présentaient, de même que l'une des mères, des symptômes multiples d'un état cérébral voisin de la paralysie générale. OZENNE.

A case of chronic insanity which recovered under thyroïd treatment, par Ch. EASTERBROOK (*Brit. med. Journ., p. 698, 30 mars 1895*).

Femme de 24 ans, de famille névropathique, atteinte de manie puerpérale à deux reprises successives, et entrée à la maison de santé pour des idées de grandeur et des hallucinations rappelant celles de la paralysie générale : à cette phase d'excitation succède une période de stupeur, aboutissant à une sorte de démence chronique.

On commence le traitement thyroïdien le 12 décembre 1894, par de hautes doses (12 tablettes thyroïdiennes de Burroughs, correspondant à 3 grammes) au bout de 7 jours, réaction fébrile modérée, mais amélioration rapide de l'intelligence. La malade se lève et répond aux questions, a la conscience

qu'elle sort d'un long sommeil, commence à travailler, etc. A partir de ce moment, l'amélioration se maintient et la malade recouvre sa raison.

H. R.

Contribution à l'étude de l'action hypnotique du chloralose, par MARANDON DE MONTYEL (*Revue de méd., 10 mai 1895*).

Se basant sur les observations de cinquante-huit malades, l'auteur condamne l'emploi du chloralose dans les vésanies, la paralysie générale, la démence sénile et la recommande très chaudement au contraire dans l'épilepsie. L'insomnie dans cette maladie est très heureusement traitée par ce médicament, et il semble même que les crises épileptiques s'espacent chez les malades à qui on le prescrit.

En revanche, les épileptiques, les hystériques, les vésaniques présentent au réveil, plus fréquemment que les autres aliénés, des phénomènes d'intoxication chloralosique.

C. GIRAUDEAU.

I. — On a case presenting symptoms of cerebral tumour, etc., par J.-Mitchell CLARKE et Ch. MORTON (*Brit. med. Journ., p. 802, 13 avril 1895*).

II. — Un cas d'affection mentale guéri par la trépanation, par BINET et REBATEL (*Lyon méd., 12 mai 1895*).

I. — Homme de 38 ans, souffrant de céphalées atroces et de convulsions épileptiformes. On relève dans ses antécédents une grave chute sur la tête à l'âge de 12 ans et la syphilis à 20 ans. L'examen n'indique aucune lésion apparente, sauf un début de névrite optique du fond de l'œil. Les symptômes se bornent à la céphalée, et à une diminution de l'intelligence et de la mémoire. Les convulsions sont générales sans caractère jacksonnien. Malgré cette absence de phénomène de localisation, on se décide à trépaner le malade pour diminuer la pression intracranienne. L'ouverture du crâne est faite au niveau de la bosse pariétale, sur une étendue de 2 pouces et demi, circulairement, et le lambeau cutané suturé au devant de la plaie osseuse. Suites chirurgicales de l'opération régulières.

Le résultat, au point de vue des troubles fonctionnels, fut le suivant. Dès le second jour de l'opération, 22 juillet, la céphalée disparut, et ne revint plus que dans des proportions très atténuées. La névrite optique ne fit aucun progrès. En novembre, elle avait presque disparu. Le 5 janvier survint, pour la première fois, une nouvelle crise épileptiforme, accompagnée de quelques troubles mentaux et de battements craniens au niveau de la région trépanée. Ces symptômes disparurent progressivement, et actuellement le malade est dans un état satisfaisant.

H. R.

II. — Histoire d'un malade blessé gravement en 1870 d'un éclat d'obus à la tête, derrière l'oreille gauche; emmené prisonnier, le malade eut en Allemagne des accidents cérébraux, perte de conscience, qui durèrent peu. En 1888, à la suite de surmenage, troubles de l'estomac avec délire. En 1889, crise épileptiforme, puis démence, délire. Amélioration par le bromure ; persistance de mélancolie. En 1892, les accidents reparaissent plus graves : idées délirantes, amaigrissement, hoquet spasmodique. Opération le 15 avril 1893. L'ancienne plaie ne fournissant aucune indication, on fait une large trépanation de la région frontale gauche, ouverture de la dure-mère saine ; pas de lésions en foyer, pas d'esquilles de fracture, pas d'hyperostose. Guérison rapide et disparition complète des troubles cérébraux malgré le résultat négatif de l'intervention. Le bon état se maintient depuis deux ans.

A. CARTAZ.

Sur un cas d'épilepsie dont les accès débutent par des mouvements professionnels, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol., 25 mai 1895*).

Les centres corticaux les plus excitables correspondent aux muscles les plus actifs (Luciani, Tamburini). Dans le cas actuel (femme de 32 ans, à attaques espacées), l'accès se manifeste au début par des mouvements professionnels (brunissage) qui bientôt après se généralisent. DASTRE.

Contribution à l'étude des fractures chez les épileptiques, par VAZELLE (*Thèse de Paris, 1895*).

La plupart des auteurs ont signalé la possibilité des fractures chez les épileptiques, du fait des chutes. L'auteur, à la lumière de cinq observations personnelles, montre que ces fractures peuvent survenir par un choc léger dans la chute au moment de l'accès, ou bien par action musculaire spasmodique au moment des convulsions. Ces fractures paraissent être sous la dépendance des troubles de la nutrition générale retentissant sur les os, mais surtout des troubles nerveux trophiques. Elles sont généralement peu douloureuses, à cause de l'obtusion de la sensibilité à la douler chez les épileptiques. P. S.

The Flechsig method in the treatment of insane epileptics, par P. CLARK (*Americ med. Bull., 15 juin 1895*).

En traitant les épileptiques déments par l'administration alternante d'opium et de bromure, C. n'a point obtenu les résultats satisfaisants proclamés par Flechsig. CART.

Effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme et leur influence prédisposante sur la tuberculose, par LANCEREAUX (*Bull. Acad. méd., 5 mars 1895*).

L'auteur se résume en émettant les propositions suivantes : Rendre aussi faible que possible l'impôt sur le cidre et la bière, sans se désintéresser entièrement de la qualité de ces boissons.

Imposer le vin d'une façon modérée et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible. Surélever l'impôt sur l'alcool de boisson et livrer à la consommation ce produit, débarrassé de toutes ses impuretés. Interdire la consommation des boissons dangereuses connues sous le nom d'amers, d'apéritifs... car, par leur action pernicieuse sur l'organisme humain, elles sont une des causes de la dépopulation. OZENNE.

I. — L'alcoolisme en Italie, par E. FAZIO (*Deut. Viertelj. f. öffentl. Gesundh., XXVI, 661*).

II. — La lutte contre l'alcoolisme et le monopole de l'alcool, par T. BELVAL (*Mouvem. hygiénique, X, p. 490 et 521*).

III. — Du régime intérieur des asiles de buveurs, par E. MARANDON DE MONTYEL (*Revue d'hyg., XVI, p. 1059*).

I. — En Italie, l'alcoolisme est moins répandu dans les provinces qui consomment principalement du vin que dans celles où les classes ouvrières boivent de l'eau-de-vie. Les diverses provinces italiennes se groupent

ainsi par ordre de fréquence décroissante des alcooliques : 1° Lombardie, Vénétie, Ligurie ; 2° Piémont, Marches, Emilie ; 3° Toscane, Latium, Ombrie ; 4° Sicile, Sardaigne et Naples.

II. — Le Conseil général de la Ligue belge contre l'alcoolisme a adopté les conclusions suivantes : Le monopole de l'alcool est une mesure plutôt fiscale qu'antialcoolique. Il est fort à craindre que ses résultats ne puissent se concilier avec le but poursuivi par la Ligue de resteindre la consommation de l'alcool. C'est un instrument dangereux entre les mains de l'Etat, à raison de l'intérêt qu'il y trouve. L'alcool même rectifié est trop nuisible pour que l'Etat en favorise le débit ou en débite lui-même.

III. — La cure des buveurs dans les asiles spéciaux doit comprendre deux périodes : un temps d'isolement, un temps d'épreuve. Mais, du commencement à la fin de ce traitement, il est deux principes essentiels : l'abstinence totale des boissons alcooliques et le travail obligatoire. Durant la première période de leur cure, les ivrognes doivent rester séquestrés dans leur quartier et être soumis à une discipline militaire ; durant la seconde, dont la longueur sera égale à la première, c'est-à-dire de 3 à 6 mois, le régime des malades, bien différent, sera celui de la liberté surveillée ; le travail aura lieu au grand air, au milieu d'occasions de boire comme on les rencontre dans la vie ordinaire ; le buveur qui succombera à la tentation sera replacé de suite au quartier d'isolement et recommencera intégralement la cure.

Le personnel inférieur ou de surveillance doit être entièrement abstinent pour les gardiens chargés de la première partie de la cure, et composé de célibataires. Le directeur doit enseigner leur métier aux gardiens et, une fois par semaine, faire une causerie aux malades sur les dangers de boire en leur montrant comme preuves, des gravures, des pièces anatomiques et même des expériences sur les animaux. J. B

Rapport quinquennal sur le Tandem, établissement pour le traitement de l'alcoolisme, du morphinisme, etc., par W. HOLM (*Norsk Magazin, décembre 1894*).

L'établissement fut inauguré en 1888 : il a reçu dans les cinq premières années, 36 personnes, dont 30 alcooliques pures, 3 adonnées à l'alcool, la morphine et l'opium, 1 à l'opium, 1 à la morphine, la cocaïne et le chloral. Sur 30 alcooliques, il y a eu 11 guéris (soit 37 0/0), 6 améliorés (soit 20 0/0) et 13 non guéris (43 0/0). La durée du séjour a varié de 1 mois et demi à 18 mois.

Parmi les alcooliques, ceux qui se soumettent volontairement au traitement, donnent le meilleur pronostic. Un séjour inférieur à 6 mois n'offre aucune chance de guérison, attendu qu'il faut au moins ce temps pour faire disparaître les phénomènes gastriques et autres de l'alcoolisme. La durée normale du traitement doit être d'une année au minimum.

Le régime prescrit est simple, mais abondant et fortifiant ; on cherche à employer les malades conformément à leurs goûts et à leurs aptitudes, et on cherche toujours, dans chaque cas spécial, à stimuler le point d'honneur du patient. H. FRENKEL.

MÉDECINE LÉGALE.

I à III. — 1° La mort subite dans les lésions de l'appareil digestif. — 2° La mort subite par lésions des organes génitaux de la femme. — 3° La mort subite par le rein, par P. BROUARDEL (*Ann. d'hyg. publ., 3e série, XXXII, p. 329, 411 et 481, octobre, novembre et décembre 1894*).

IV. — De la mort subite dans les affections chroniques du cœur et de l'aorte, par Ch. VIBERT (*Ibid., XXXIII, p. 193 et 294, mars et avril 1895*).

I à III. — La mort subite peut survenir au cours d'une angine érythémateuse; Brouardel en relate 3 cas. Mais d'après lui, on ne peut pas mourir subitement d'une indigestion. Les ulcères simples de l'estomac et surtout du duodénum sont en revanche une cause très fréquente de mort subite au sens médico-légal du mot.

Chez une femme ayant des lésions de l'utérus ou de ses annexes, des corps fibreux, par exemple, le simple toucher vaginal peut déterminer la mort subite. Celle-ci peut s'observer aussi dans la grossesse extra-utérine et même dans la grossesse naturelle (par rupture de l'utérus), pendant l'accouchement par rupture du plexus utéro-ovarien, pendant la grossesse ou les couches par thromboses veineuses ou embolies; la mort subite peut être due encore à une hématocèle rétro-utérine ou à la rupture d'un abcès de l'ovaire.

La mort par le rein est de toutes les morts subites, de beaucoup la plus fréquente; mais la lésion rénale n'est pas toujours seule en jeu: il y a souvent des associations de causes qui rendent difficile à déterminer le mécanisme de mort. Parmi les lésions du rein, c'est l'urémie, sous ses différentes formes, qui réclame le plus souvent l'intervention du médecin légiste. Brouardel est très enclin à croire que dans la goutte aussi, la mort subite est toujours occasionnée par des accidents rénaux.

IV. — Les lésions cardio-aortiques, qui entraînent le plus souvent la mort subite ne sont pas les lésions valvulaires; l'insuffisance aortique, notamment, n'est pas, par elle-même, une cause de mort subite. Dans la très grande majorité des cas, on trouve à l'autopsie des lésions multiples et complexes: athérome, dilatation de l'aorte, myocardite, altérations des coronaires, symphyse cardiaque, et, à peine dans la moitié des cas, des lésions valvulaires. Ces diverses lésions étant presque toujours associées les unes aux autres, il est difficile de discerner celle qui joue le principal rôle dans le mécanisme de la mort subite. Cependant, il est une de ces lésions qui, dans certains cas, suffit, semble-t-il, à produire par elle seule la mort subite: c'est le rétrécissement des coronaires; et comme ce rétrécissement des coronaires s'observe dans un grand nombre de cas en même temps que d'autres lésions dont la gravité paraît moindre, il est vraisemblable qu'il constitue une cause assez fréquente de la mort subite par le cœur qui suppose d'ailleurs une certaine prédisposition individuelle,

car les lésions constatées sont parfois moins graves que celles notées chez des individus qui ne sont pas morts subitement. J. B.

Sur un nouveau signe permettant de reconnaître que la mort est due à la congélation, par S.-M. WICHNIEWSKI (*Messager d'hyg. publ. et de méd. légale, mars 1895*).

Chez les personnes mortes par suite de l'action seule des basses températures, W. a trouvé dans 40 cas sur 44 de petites hémorragies de la muqueuse gastrique, au nombre de 5 à 100, rondes ou ovales, parfois punctiformes, situées immédiatement au-dessous de la couche superficielle de la muqueuse. On peut les détacher de la muqueuse sans produire de perte de substance. Les vaisseaux de la muqueuse et des autres couches de l'estomac sont dilatés et gorgés de sang, la muqueuse elle-même est épaissie et forme beaucoup de plis. Pas d'hémorragies dans les autres organes. Quand d'autres causes sont intervenues dans la production de la mort rapide, telles que l'alcoolisme, la strangulation, les blessures, ces hémorragies font défaut ; mais si on les trouve, même en présence d'autres causes de mort, on peut affirmer l'intervention de la congélation. Dans les 900 autopsies que l'auteur a pratiquées depuis 13 ans, il n'a jamais vu ce signe en dehors de l'action des basses températures. Enfin, des expériences sur la congélation artificielle sur 7 rats et 4 cobayes ont confirmé l'action pathogène du froid dans la production de ce phénomène. H. FRENKEL.

Selbestmord durch Strychnin..... Untersuchungen über das Wesen der Todtenstarre und die Beziehungen des Eintrittes derselben zu einigen Giften, par Leo WACHHOLZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med., 3e série, VIII, fascicule supplém., p. 202, 1894*).

A. Paltauf (*Wiener med. Woch., 1892*) a montré que, tandis que de faibles doses de strychnine n'ont aucune influence sur la rapidité d'apparition de la rigidité cadavérique, celle-ci débute cinq minutes après la mort due au même poison, administré à hautes doses. La picrotoxine et le camphre agissent de la même façon que la strychnine, mais l'ésérine et la vératrine n'exercent aucune action de ce genre.

Wachholz a refait les mêmes expériences sur des chats adultes. Chez ceux tués par des procédés mécaniques, la rigidité commence en moyenne au bout de 1 heure ou 1 1/2 heure. Les expériences avec la strychnine confirment parfaitement les assertions de Paltauf. On voit la rigidité survenir environ dix minutes après la mort chez les chats intoxiqués par dix centigrammes de strychnine. Il est à noter que, malgré la persistance des convulsions tétaniques jusqu'à la mort, les muscles de ces animaux se relâchent complétement aussitôt après, avant d'être envahis par la rigidité cadavérique.

Si la vératrine à petites doses est sans effet sur l'époque d'apparition de la rigidité, il n'en est pas de même quand on l'administre à fortes doses (jusqu'à cinq décigrammes) : la rigidité se développe dans l'espace de 30 minutes ; après la mort, on note encore quelque temps des contractions fibrillaires des muscles du tronc, avant le relâchement complet de la musculature.

La muscarine, même à hautes doses, ne hâte aucunement le début de la rigidité, qui s'effectue au bout de 1 à 2 heures.

C'est le chlorhydrate de morphine, à hautes doses (cinq décigrammes à 1 gramme), administré sous la peau, à doses réfractées, qui provoque le plus rapidement la rigidité cadavérique, dans le cours de 5 ou 10 minutes.

Toutes ces expériences concordent à démontrer que l'apparition de la rigidité cadavérique n'est activée que par les poisons qui déterminent une agitation considérable et des convulsions intenses. Aussi, chez l'homme, la morphine n'ayant que des effets dépressifs et narcotiques, ne peut influer sur le début de la rigidité. J. B.

La faune des cadavres, par P. MÉGNIN (*Annales d'hyg. publ.*, *janvier et mai*, *et vol. in-16*, *Paris*, *1895*).

La première escouade d'insectes qui arrivent sur un cadavre comprend des mouches des genres *curtonevra* et *calliphora* qui n'aiment que la chair fraîche ; leur présence se constate même souvent avant que le moribond ait rendu le dernier soupir.

La deuxième escouade se compose de mouches des genres *lucilia* et *sarcophaga* et, dans certaines circonstances, d'acariens du genre *uropoda*. Ces insectes ne se montrent que quand l'odeur de la putréfaction est bien manifeste, trois à six jours au moins après la mort.

La troisième escouade est constituée par des coléoptères du genre *dermeste* et des lépidoptères du genre *aglossa*. C'est la formation du gras du cadavre, trois ou quatre mois après la mort, qui les appelle.

La quatrième escouade comprend des mouches des genres *pyophila* et *anthomya*, et des coléoptères du genre *necrobia*. Les mouches sont du même genre que celles du fromage qu'attire la fermentation putride caséeuse ; c'est vers le huitième mois après la mort.

La cinquième escouade est formée de mouches des genres *ophira*, *phora* et *tyreophora ;* le cadavre a alors environ un an et ses parties molles sont réduites en un déliquium noirâtre.

La sixième escouade est fournie par des coléoptères des genres *silpha*, *hister* et *saprinus*, et par des acariens détriticoles du groupe des *tyroglyphinés*. Ils achèvent d'absorber toutes les humeurs liquides et leur travail dure jusqu'à ce que le cadavre soit vieux de dix-huit mois à deux ans.

La septième escouade est composée de coléoptères et de lépidoptères qui rongent les tissus desséchés, peau, tendons et poils, qui ont échappé à la putréfaction. Ce sont les *anthrènes*, certains *dermestes* et de très petites teignes du genre *tineola ;* leur rôle remplit la troisième année.

Enfin, un dernier groupe d'insectes vient vivre des débris et du terreau qu'ont laissés tous les précédents. Ce sont des coléoptères des genres *tenebrio* et *ptinus ;* on les trouve sur des cadavres remontant à quatre ans. (*R. S. M.*, XXXIII, 592.) J. B.

I. — De la submersion considérée au point de vue du diagnostic..... et du traitement de la mort apparente par le procédé Laborde, par Y. LE COQUIL (*Thèse de Paris, 1893*).

II. — Einiges über Wasserleichen, par Albin HABERDA (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., 3e série, IX, p. 95, janvier 1895*).

III. — Tod durch Aspirationserstickung im bewusstlosen Zustande, par C. SEYDEL (*Ibid., p. 285, avril 1895*).

I. — Au point de vue du mécanisme de la mort par submersion, il y a lieu de distinguer : 1° l'*inhibition brusque* avec mort foudroyante, déterminée par la frayeur, le choc de certaines régions du corps (tête, larynx, abdomen), et surtout le contact de l'eau froide avec les terminaisons nerveuses des muqueuses nasale et buccale ; 2° l'*inhibition lente* avec *syncope*, qui est favorable au noyé ; 3° l'*asphyxie*, qui ne survient guère que dans la moitié des cas.

L'autopsie des noyés récents qui ont succombé à l'inhibition brusque ou prolongée ne présente rien de caractéristique ; il n'y a pas de liquide dans leurs voies respiratoires et l'état du cœur n'indique pas si la syncope est due au liquide submergeant, ou si elle s'est produite avant l'immersion.

Quant aux cadavres frais de noyés ayant succombé à l'asphyxie, la plupart du temps, ils ne diffèrent guère des corps immergés après la mort : la présence de liquide dans les voies respiratoires et digestives, ainsi que dans l'oreille moyenne, l'écume, la dilution de sang, la congestion des viscères, l'emphysème aqueux des poumons, etc., sont autant de lésions qui leur sont communes. Il n'y a que la présence de corps étrangers (sable, herbes) dans les alvéoles pulmonaires qui semble être une preuve de vie au moment de l'immersion.

Ce dernier signe a seul aussi quelque valeur à l'autopsie des noyés offrant un commencement de putréfaction.

En revanche, contrairement aux opinions courantes, les corps des noyés en putréfaction avancée, qui sont d'ailleurs ceux qui se présentent le plus souvent en pratique médico-légale (immersion de plus de 8 jours en été et de plus de 20 en hiver) fournissent constamment une lésion découverte par Descoust. C'est un état particulier des anses d'intestin grêle, voisines de la vessie et les plus déclives. On y note une vascularisation très intense, souvent même des hémorragies en foyer dans l'épaisseur de la tunique musculeuse ; le sang extravasé peut quelquefois transsuder à travers la muqueuse et se répandre à l'intérieur de l'intestin. Descoust n'a retrouvé pareille altération que chez les pendus et jamais dans les autres modes d'asphyxie.

Même quand la décomposition cadavérique est extrême, le cœur peut renfermer des caillots, ainsi que Le Coquil l'a vu 2 fois sur 5 autopsies. Ceci répond déjà à l'objection faite par Coutagne (*R. S. M.*, XXXIX, 650), que la coagulation du sang observée par Brouardel et Loye (*R. S. M.*, XXXVI, 609) tenait à ce qu'ils avaient expérimenté sur le chien, dont le sang possède une plasticité spéciale. Mais Le Coquil, qui a fait des expériences sur des rats, a toujours remarqué la succession des phénomènes suivants : tant que l'excitabilité du cœur persiste, c'est-à-dire pendant

30 à 45 minutes après la noyade, le sang cardiaque reste fluide ; de 45 à 60 minutes après le début de la submersion, commence la coagulation, qui disparaît après 19 heures environ. La fluidité du sang des noyés est donc un phénomène post mortem, témoignant non de son inaptitude à coaguler, mais de sa décoagulation amenée par les progrès de la putréfaction.

II. — Les noyés vont-ils nécessairement au fond de l'eau? Haupt (*Friedreich's Blätter für gerichtl. Med.,* 1892) a cru pouvoir résoudre la question affirmativement; Haberda a fait quelques expériences sur des lapins, dont l'une montre que la règle admise par Haupt ne serait pas sans exception; au moment où il a succombé, l'animal noyé avait une partie du crâne et le haut de la colonne vertébrale hors de l'eau.

L'attitude des noyés peut être très bizarre. Haberda relate l'autopsie d'un homme dont le corps fut trouvé dans le Danube, à un endroit profond de 4 mètres, et à courant peu sensible. Ce noyé, en pleine rigidité cadavérique, était debout, complètement nu, à 1 mètre au-dessous du niveau de l'eau, le bras droit élevé et tenant les vêtements, les membres inférieurs dans la vase jusqu'aux genoux.

De plus, quand on immerge des cadavres frais, nus, il en est de nombreux dont une partie plus ou moins considérable du corps flotte à la surface ou se maintient peu au-dessous du niveau de l'eau; ce qui semble bien montrer que semblable possibilité n'est pas exclue pour les noyés. Haberda a également reconnu la fausseté de l'assertion de Haupt, que les cadavres immergés flottent en général sur le ventre et tendent toujours à reprendre cette position quand on les met sur le dos. Il est des cadavres flottant aussi bien sur le dos que sur le ventre, il en est même qui ne flottent que sur le dos.

La flore qui se développe sur les cadavres de noyés peut, comme la macération de l'épiderme des extrémités, aider à évaluer la durée de leur séjour dans l'eau. Après une ou deux semaines, les cadavres du Danube se recouvrent sur toutes les parties non protégées par les vêtements (tête et cou, chez les hommes; en outre, ventre, cuisses et siège chez les femmes) d'un enduit brun rougeâtre, d'apparence boueuse, formé par des phycomycètes (beggiatoa, saprolegnia, leptomitus, cladothrix), avec quelques diatomées. Au bout de 3 ou 4 semaines, l'épiderme macéré, en tombant, entraîne avec lui cette flore, et, sur le derme mis à nu, apparaît une végétation nouvelle.

Sur les corps de noyés repêchés à Vienne, dans les 4 ou 5 premiers jours, on trouve aussi des taches violettes dues aux colonies du bacille violacé.

III. — Chez les animaux plongés dans l'insensibilité par un narcotique, un traumatisme cranien, ou par tout autre motif, il pénètre dans les poumons une plus grande quantité de liquide de submersion (sang chez les blessés, liquide amniotique chez les nouveau-nés) que chez les animaux qui sont submergés en pleine conscience et ayant leur excitabilité réflexe des nerfs.

La température du liquide aspiré n'est pas sans influence sur la quantité qui en pénètre dans les poumons ; par suite, sans doute, d'une fermeture réflexe de la glotte, lorsque le liquide aspiré est froid, il en pénètre beau-

coup moins dans le parenchyme pulmonaire que quand il a la température du sang. J. B.

I. — Zur Diagnose der Erstickung, par J. KRATTER (*Vierteljl. f. gericht. Med. und œff. Sanitw., 3ᵉ série, IX, 84, janvier 1895*).

II. — Ueber die Ecchymosen hinter der Brustaorta, par E. VON HOFMANN (*Ibid., p. 332, avril 1895*).

I. — Quand on retire les viscères thoraciques d'un individu mort asphyxié, on trouve fréquemment des extravasats sanguins dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur, autour de l'aorte descendante et de l'œsophage ; Hofmann en a signalé l'existence et expliqué leur volume, parfois considérable, par la laxité du tissu conjonctif médiastinal et par le sang issu post mortem. Contrairement à Hofmann, Kratter les sépare des ecchymoses, parce que les extravasats n'ont ni formes ni dimensions constantes ; il les appelle taches sanguines ou hémorragies rétro-médiastinales. Les traits qui les distinguent des ecchymoses classiques sont d'ailleurs multiples. Ainsi, tandis que les ecchymoses asphyxiques sont habituelles chez les nouveau-nés et enfants, et relativement rares chez les adolescents et adultes, les taches rétromédiastinales ne se voient presque jamais chez les premiers et sont de règle chez les seconds, dans presque toutes les espèces d'asphyxie mécanique, excepté celle par compression du thorax, dans la mort par paralysie cardiaque, à moins que l'arrêt du cœur ait été brusque, chez les tétaniques et chez les épileptiques qui ont succombé pendant un accès. Le siège spécial des hémorragies rétro-médiastinales s'explique par les tiraillements et déplacements qu'éprouve l'aorte thoracique durant l'asphyxie ; aussi ces taches font-elles défaut quand les mouvements du thorax sont gênés (enfouissement, tamponnement, écrasement, adhérences pleurales). Il a été impossible à Kratter de provoquer ces extravasats chez les lapins étranglés. Kratter considère les taches sanguines rétro-médiastinales comme un signe très important de l'asphyxie ; sa valeur est d'autant plus marquée qu'on le constate précisément dans les cas où manquent les ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques.

II. — Hofmann a examiné, dans 300 autopsies de morts subites, la question soulevée par Kratter. Il a noté ces extravasats aussi communément chez les nouveau-nés et chez les jeunes enfants que chez les adultes, dans l'ensevelissement sous des masses de terre ou l'étouffement par des oreillers, comme dans les genres d'asphyxie où le jeu du thorax reste libre ; il les a trouvés, avec plus ou moins de netteté, dans toutes les espèces possibles de morts subites, et même dans des cas où la mort avait été précédée d'une assez longue agonie. Ils sont formés presque sans exception par du sang liquide ou à peine coagulé, ne résistent ni aux lavages ni aux raclages, sont souvent disposés par couples aux côtés de la paroi aortique postérieure ; enfin, on les voit naître quand on extrait rapidement les viscères thoraciques, et grossir quand on exerce une pression sur l'aorte ; on en voit apparaître ayant le même aspect en arrière de l'œsophage ; bref, c'est un produit en grande partie artificiel, né par les mains et sous les yeux de l'opérateur, en raison de la déchirure ou de la section des artères intercostales et bronchiques postérieures,

des veines azygos et semi-azygos. Le nombre et la dimension de ces pseudo-hémorragies dépendent du calibre et du contenu de l'aorte et des vaisseaux rompus, de l'état du sang, enfin du procédé d'extraction de l'aorte thoracique ; ainsi s'explique qu'elles puissent échapper chez les enfants dont les vaisseaux sont petits, qu'elles fassent à peu près défaut quand on ne détache l'aorte du rachis qu'après l'avoir ouverte par devant et évacué son sang, ainsi que celui des intercostales. D'ailleurs, la face postérieure de l'aorte est trop fixée en place à la fois par la plèvre, l'aponévrose endothoracique et la série des artères intercostales, pour éprouver des déplacements et des tiraillements pendant la dyspnée. J. B.

I. — Ueber die Kohlenoxydvergiftung....., par Robert STŒRMER (*Viertelj. für gerichtl. Med., IX, p. 145 et 366, et X, p. 147*).

II. — Zwei Fälle von Kohlenoxydvergiftung, par WILD (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, 15 février 1895*).

I. — Intéressante étude dans laquelle Störmer envisage sous ses faces médico-légale et sanitaire l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

En réalité, ce qu'on désigne sous ce nom, ce sont diverses intoxications par des mélanges gazeux dans lesquels l'oxyde de carbone est l'élément le plus actif. Ces mélanges gazeux sont, en dehors des vapeurs de charbon, du gaz d'éclairage, le gaz à l'eau et ses dérivés (gaz Dowson, etc.) et divers gaz industriels.

Le gaz à l'eau, employé comme succédané du gaz à la houille, est beaucoup plus dangereux parce qu'il est plus riche en oxyde de carbone, qu'il est inodore et plus diffusible ; parmi les variétés les moins toxiques, sont le gaz au platine de Gillard (4 0/0 CO) et le gaz mixte de Leprince (6 0/0 de CO).

Le dégagement spontané d'oxyde de carbone par les couches de houille n'a été dûment reconnu que dans une mine silésienne (Glückhilf à Hermsdorf) dont les ouvriers offraient certains troubles morbides ; le plus souvent, chez les mineurs, l'empoisonnement oxycarboné tient à des incendies de boisages. Entre les substances explosives, la plus délétère est le coton-poudre qui fournit plus d'un tiers d'oxyde de carbone, tandis que la dynamite, la nitro-glycérine n'en donnent pas.

Vu les multiples occasions d'empoisonnement qu'il offre, l'oxyde de carbone constitue le plus fréquent de tous les toxiques. Il ressort de nombreux tableaux statistiques donnés par Störmer, qu'en Prusse, il représente à lui seul le quart des intoxications et même plus du tiers à Berlin ; d'autre part, il occasionne 58 sur 100 des décès par empoisonnements. Quant aux suicides par les vapeurs de charbon, ils sont assez rares en Prusse : en 1890, 11 sur un total de 230 empoisonnements suicides ; en 1891, 8 sur 237 ; à Berlin même, ils ne forment que les 3 0/0 des suicides par toxiques.

Une atmosphère commence à devenir toxique pour l'homme quand elle renferme 0,02 0/0 d'oxyde de carbone.

II. — Empoisonnement accidentel de deux personnes, par un poêle à combustion lente ; le fait est intéressant à la fois par l'évolution des troubles morbides chez les deux victimes et par la durée insolite de la respiration artificielle chez l'une.

La femme, bien qu'occupant le lit le plus éloigné du poêle, avait un râle

perceptible à distance et le type respiratoire de Cheyne-Stokes; elle était complètement insensible aux stimulants cutanés les plus énergiques comme aux inhalations d'oxygène. Quatre vigoureux porte-faix furent chargés de pratiquer la respiration artificielle de Sylvester. Après 4 heures de ces manœuvres ininterrompues, le pouls était un peu moins faible, mais, dès qu'on renonçait à la méthode de Sylvester, les mouvements respiratoires devenaient superficiels puis s'arrêtaient. Au bout de 3 nouvelles heures de respiration artificielle intercalée d'inhalations d'oxygène, on n'entendait plus le râle à grosses bulles; la malade avait eu une nouvelle miction inconsciente et n'était pas encore en état de respirer spontanément, malgré la faradisation du nerf phrénique au cou. Il fallut continuer la respiration artificielle durant 15 heures et demie pour voir la femme réagir aux appels. Dès ce moment, la faradisation du phrénique, répétée de temps en temps, suffit à entretenir la respiration spontanée. Le retour à la connaissance fut très rapide. A la base seule du poumon droit, il subsistait des râles à fines bulles avec matité; cette pneumonie hypostatique ne donna lieu qu'à deux légères exacerbations vespérales de la température et guérit en 6 jours; pas de paralysies consécutives.

Le mari, couché dans un lit plus rapproché du poêle, était intoxiqué moins gravement. Guérison des deux malades. Amnésie chez l'un et l'autre.

J. B.

I. — Gerichtsärztliche Bemerkungen über die Gonorrhoe und ihren Nachweis, par **Albin HABERDA** (*Viertelj. f. gerichtl. Med., VIII, fascicule supplém., p. 227*).

II. — Zur Lehre von der forensischen Bedeutung der Gonokokkenbefunde in alten Flecken, par **Leo WACHHOLZ** et **Julius NOWAK** (*Ibidem, IX, p. 75, janvier 1895*).

I. — Haberda a recherché expérimentalement s'il était possible d'affirmer la nature blennorragique de taches de pus desséché sur du linge. Après s'être assuré, à l'aide du microscope et des cultures, de la présence des gonocoques dans le pus qu'il empruntait à des blennorragies récentes et non encore traitées, il en répandait des gouttes plus ou moins épaisses sur des morceaux de toile neuve et l'y laissait se dessécher.

Les gonocoques ont conservé leurs formes et leurs dimensions ainsi que leur aptitude à prendre les couleurs au bout de 8 mois de dessiccation, à condition que la goutte de pus qui les renfermait ne fût pas trop mince. Mais, sauf exceptions, ils ont perdu les caractères de groupement et de siège qui permettaient de les différencier des autres diplocoques; en effet, souvent déjà au bout de peu de jours dans les taches minces et au bout de peu de semaines dans celles qui sont épaisses, il ne subsiste, des corps de cellules et de leurs noyaux, qu'un détritus informe et prenant mal les couleurs. Donc, dans la majorité des cas, l'examen microscopique ne suffira pas pour que le médecin légiste puisse affirmer la nature blennorragique d'une tache, d'autant plus que les expertises se font dans des conditions moins favorables que les expériences puisqu'il s'agit habituellement de linge présentant des souillures multiples et assez souvent de blennorragies chroniques contenant peu de gonocoques.

Quand le pus blennorragique est entièrement desséché, les gonocoques qu'il renferme ont perdu leur faculté de développement, en sorte qu'on ne peut plus les cultiver; ils ont perdu également leur virulence, ainsi qu'en témoignent les inoculations intra-urétrales. D'autre part, les gonocoques ne sont plus aptes à se développer lorsqu'ils ont séjourné une

heure dans de l'eau à 25 ou 28° centigr., ce qui semble montrer que la contagion indirecte de la blennorragie s'opère moins par le bain que par le linge avec lequel on s'essuie.

II. — Se basant sur un fait personnel, Wachholz et Nowak concluent : Actuellement, on n'est pas encore autorisé, dans une expertise médico-légale, à considérer comme des gonocoques les micro-organismes similaires qu'on rencontre dans les sécrétions de l'urètre ou du vagin ainsi que dans les taches qui en proviennent, car on est facilement l'objet d'une illusion causée par le diplococc. albicans tardissimus, le micrococc. subflavus ou par tel autre microbe offrant les mêmes propriétés morphologiques ou microchimiques (décoloration par le traitement de Gram) que les gonocoques. Si l'on considère, en outre, que la dessiccation fait perdre aux gonocoques leur faculté de reproduction, il en résulte qu'on doit renoncer à reconnaître, d'une façon irréfutable, l'existence des gonocoques dans les vieilles taches. J. B.

Die criminalpsychologische und criminalpraktische Bedeutung des Tätowirens der Verbrecher, par LEPPMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitsw.*, *3e série VIII*, *193*, *octobre 1894*).

Le fait de se tatouer n'est pas la marque d'une catégorie d'hommes offrant des singularités intellectuelles et physiques, comme le prétend Lombroso et la fréquence des tatouages chez les détenus tient plus à des circonstances extérieures qu'à des causes intrinsèques. Les tatoués ne présentent pas d'une façon bien nette les particularités corporelles et mentales qu'on a attribuées aux criminels de naissance.

On devra toujours suspecter l'état mental des détenus qui se font des dessins sur la peau avec des aiguilles rougies, des tessons, des instruments tranchants ou qui se passent des fils en sétons.

Les tatouages coloriés peuvent fournir de précieux renseignements sur la vie antérieure et sur l'identité des individus.

Le travail de Leppmann, accompagné de dessins, est basé sur l'examen de 200 aliénés criminels et criminels aliénés de la prison de Moabit à Berlin. (*R. S. M.*, XII, 603 ; XXVI, 676 ; XXXIII, 593 ; XXXIV, 620 et XLIV, 273)

Les fétichistes pervertis et invertis sexuels; observations médico-légales, par P. GARNIER (*In-16*, *Paris*).

Excellente étude de médecine légale sur cette forme d'aberrations de l'instinct sexuel, documentée de nombreuses observations personnelles et dans laquelle l'auteur indique le devoir de l'expert pour assurer le diagnostic. G. distingue deux grandes variétés : fétichisme hétéro-sexuel (objets de toilette féminine ou partie du corps de la femme) et fétichisme homo-sexuel (objets, image ou partie du corps). Il indique quelles doivent être les règles d'hygiène morale prophylactique pour combattre ce déplorable penchant d'hérédité morbide. A. C.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par LE DENTU et P. DELBET (*1er vol. 822 p., Paris, 1895*).

Le nouveau traité, dont Le D. et D. ont entrepris la publication avec le concours de jeunes et distingués chirurgiens, sera avant tout et surtout un traité de thérapeutique. Donnant à la symptomatologie et au diagnostic la place qui leur convient, ces auteurs laissent de côté, comme questions n'ayant plus qu'un intérêt historique, toutes les vieilles doctrines, toutes les pratiques d'une chirurgie surannée : le traitement sera celui qu'appliquent les chirurgiens actuels avec toutes les rigueurs des méthodes aseptiques et antiseptiques. C'est dire qu'une part assez large est faite aux données bactériologiques, à l'étiologie moderne des lésions traumatiques.

Ce premier volume est consacré à la pathologie générale, histoire des plaies, par Nimier, et de leurs complications, septiques ou autres, par Ricard ; étude des septicémies générales, fièvre traumatique, septicémie, pyohémie, par Faure ; lésions des tissus, brûlures, ulcères, gangrènes par Le Dentu et Lyot ; maladies virulentes, tuberculose, charbon, etc. Les néoplasmes forment une étude des plus remarquables, due à la plume de Delbet : à signaler en particulier sa conception personnelle, reposant sur des preuves expérimentales, de l'origine du lymphadénome.

Le livre se termine par quelques chapitres consacrés aux lésions de l'appareil tégumentaire, infectieuses, inflammatoires et organiques, par Faure. L'ouvrage comportera 10 volumes. A. CARTAZ.

Leçons de chirurgie (la Pitié 1893-1894), par F. LEJARS (*Paris, 1895*).

Volume considérable qui représente l'enseignement de toute une année. Les sujets sont naturellement variés et en rapport avec la multiplicité des malades qui passent sous l'observation d'un chirurgien placé à la tête d'un service de clinique aussi important que celui de la Pitié. Toutes les leçons, on le reconnaît en les lisant, ont été soigneusement préparées, et forment un ensemble de monographies complètes.

La pathologie générale est réprésentée par des cliniques sur le pouls en chirurgie, les exostoses de croissance, les sarcomes des parties molles, l'ostéomyélite chronique d'emblée, la conicité des moignons. La chirurgie des membres comprend toute une série de leçons sur les traumatismes, fractures ou luxations étudiées non seulement dans leurs résultats immédiats, mais aussi dans leur évolution et leurs résultats ultérieurs et tardifs, de là des considérations thérapeutiques sur les résections et les amputations, qui font de cette partie du volume, une des parties les plus

intéressantes, et cela d'autant plus que les chirurgiens négligent un peu cette chirurgie des membres.

Les organes génito-urinaires et la gynécologie tiennent une large place dans ce volume instructif et très consciencieusement fait.

F. VERCHÈRE.

Äthernarkose und Pneumonie, par NAUWERCK (*Deutsche med. Woch.*, *n° 8*, *p. 121*, *1895*).

L'auteur a fait l'autopsie de deux opérés morts à la suite d'une pneumonie dont la cause immédiate était l'anesthésie par l'éther. Dans les deux cas, il s'agissait de pneumonie infectieuse ; à l'examen bactériologique des poumons, on ne trouvait que des cultures pures de streptocoques. L'origine de cette infection est la bouche, le mode de pénétration du virus consiste soit dans une aspiration directe des liquides infectieux de la bouche, soit dans un mélange qui se ferait entre les liquide stériles des voies respiratoires et les liquides infectieux de la cavité bucco-pharyngée. Ce mélange serait rendu possible par l'anesthésie ou plutôt la paralysie du voile du palais, de la base de la langue et de la luette.

Le moyen d'éviter cette auto-infection n'existe pas ; la désinfection préalable de la bouche ne donnerait qu'une fausse sécurité ; l'anesthésie par le mélange d'éther et de chloroforme paraît encore le procédé le plus sûr.

H. DE BRINON.

I. — De l'anesthésie locale par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée, par C. TOCCAILLE DE LARABRIE (*Thèse de Paris*, *1895*).

II. — De la cocaïne dans les interventions chirurgicales, par G. FILLION (*Ibid.*).

I. — La plupart des accidents, survenus à la suite de l'anesthésie locale par la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée, relèvent d'un défaut de technique. Pour se mettre à l'abri de tout accident, l'injection de cocaïne doit être faite dans la cavité vaginale encore distendue par le liquide de l'hydrocèle. Elle doit représenter, après dilution dans le liquide de l'hydrocèle, une teneur de 6 à 8 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Elle ne doit être maintenue dans les bourses que quatre minutes au maximum.

Cette injection est contre-indiquée chez les enfants dans les cas d'hydrocèle congénitale et chez certains diathésiques (hépatiques, rénaux).

II. — Dans cette monographie, qui débute par l'analyse des accidents que l'on a attribués à la cocaïne et qui ne seraient dus qu'à un défaut de technique, l'auteur s'étend assez longuement sur les règles qui doivent présider à l'injection dans les différentes régions du corps. Bien et prudemment administrée, la cocaïne ne cause pas d'accidents ; on ne devra se servir que de solutions à 1 ou 2 0/0, et la dose de substance injectée ne devra jamais dépasser 20 centigrammes.

Ainsi maniée, la cocaïne est applicable non seulement dans les opérations de petite chirurgie, mais encore dans les interventions plus importantes (cure radicale de hernie et d'hydrocèle, anus artificiels, résections osseuses, etc.). Dans tous ces cas, la puissance anesthésique de la cocaïne se révèle toujours, de même que sa rapidité d'action et son innocuité, lorsqu'on se soumet à une technique d'administration rigoureuse. C'est

ainsi que P. Reclus, en huit ans, a pu pratiquer plus de 3,500 opérations sans avoir eu ni cas de mort ni alerte sérieuse.

Comme contre-indications, Fillion signale l'enfance, les idiots, les sujets obèses, un champ opératoire mal déterminé. En dehors de ces cas, il y a tout avantage à y recourir et, dans maintes circonstances, on la préférera au chloroforme. OZENNE.

Anesthésie de la vessie par l'antipyrine, par A. POUSSON (*Journal méd. Bordeaux, 19 mai 1895*).

L'auteur a employé avec succès l'antipyrine comme agent anesthésique de la vessie. Il l'a utilisée : 1° pour examiner la vessie au cystoscope ; 2° pour l'explorer avec des sondes ; 3° pour pratiquer de courtes séances de broiement de menus calculs ; 4° pour laver à la solution argentique la vessie enflammée. On se sert d'une solution contenant 2 à 4 grammes d'antipyrine pour 100 grammes d'eau et on en injecte dans la vessie une quantité qui varie, suivant la tolérance de l'organe, entre 10 et 60 grammes. Les injections doivent être rejetées pour obtenir l'insensibilité, si les urines sont épaisses et glaireuses. La solution, étant antiseptique, peut d'ailleurs servir pour les lavages. OZENNE.

Beitrag zur Frage der Behandlung infizirter Wunden mit feuchten Verbänden (Contribution à l'étude du traitement des plaies infectées par le pansement humide), par STEINMETZ (*Deutsche Zeitschr. f. Chir., XL, 1-3, p. 189-198*).

Etude expérimentale : conditions des expériences ; on fait des plaies aseptiques à des lapins, on les infecte avec du staphylocoque. Une partie des animaux est pansée à sec, l'autre avec un pansement humide (solution à 0,5 0/0 de sel marin).

Les premiers simplement défendus contre une infection extérieure guérissent, sauf deux dont un mort de septicémie. Ils ont simplement un abcès ou une légère inflammation locale.

Les seconds sont morts sauf deux ; les plaies s'enflamment et prennent mauvais caractère (nécrose).

Si l'on se rappelle que les recherches de Schimmelbusch donnent comme douteuse l'action des antiseptiques sur les plaies infectées, on voit que le pansement humide doit être abandonné, son action prolongée étant nuisible. La seule raison d'être de la prétendue pâleur est due à ce que le changement journalier des pansements empêche la *rétention du pus* ; c'est là l'unique point important.

Conclusion : Employer le pansement sec et le changer journellement dans le traitement des plaies infectées. MARCEL BAUDOUIN.

De la fièvre aseptique consécutive à certaines lésions traumatiques, par BROCA et LACOUR (*Gaz. hebd. méd. Paris, 9 mars 1895*).

La fièvre aseptique est une fièvre de résorption ; les substances résorbées sont des produits de décomposition des éléments anatomiques mortifiés ou des produits de sécrétion de ces mêmes éléments anatomiques déviés dans leurs actes physiologiques. LEFLAIVE.

A case of puncture of the base brain in which there was loss of memory of previous evants, par Horace ABEL et W. COLMAN (*Brit. med. Journ.*, *p. 356*, *16 février 1895*).

Un mécanicien de chemin de fer, âgé de 36 ans, est apporté à l'infirmerie avec le tuyau d'un bidon d'huile enfoncé dans la joue droite, à l'angle de la bouche. L'accident est survenu à la suite d'un choc brusque, suivi de la chute du malade sur la pointe du bidon. Perte de connaissance immédiate, mais retour très rapide de la conscience. Pas d'hémorragie, mais convulsions cloniques des membres du côté. Le corps étranger est retiré, non sans peine, il était engagé dans la base du crâne qu'il avait traversé ; immédiatement après son ablation, les convulsions cessent et font place à une paralysie du côté gauche de la face et du bras gauche, très peu marquée à la jambe, sans hémianesthésie. Stupeur et confusion mentale. Du côté droit existe une anesthésie complète de la paupière et de la région sus-frontale. Les jours suivants, les symptômes paralytiques disparurent, mais l'anesthésie droite persista. Le point le plus curieux de cette observation fut l'état mental du malade, qui perdit complètement la mémoire de tout ce qui s'était passé avant son accident ; il affirmait n'être jamais monté sur une locomotive, alors qu'il était mécanicien depuis vingt ans. Un an après, cette lacune de mémoire persistait encore, bien qu'atténuée.

Discutant la localisation de la lésion et le trajet du corps étranger, l'auteur arrive à la conclusion suivante. La tige du tuyau, après avoir passé sous l'arcade zygomatique, est venue perforer la grande aile du sphénoïde, dilacérant le nerf trijumeau au-dessus de la fissure sphénoïdale. Dans le cerveau, la région capsulaire antérieure a dû être seule intéressée, car il n'y a eu ni anesthésie gauche, ni hémianopsie. La reproduction sur un cadavre d'une lésion similaire avec le même instrument, montra que le bec du bidon pénétrait dans la capsule interne au voisinage du genou du corps calleux. H. R.

Ueber einige Forschritte in der Hirnchirurgie (Sur quelques progrès de la chirurgie cérébrale), par E. v. BERGMANN (*Archiv für klin. Chir.*, *L*, *2*, *p. 307*, *1895*).

L'auteur préconise l'emploi de la scie et la résection temporaire. Les résultats, quoique bien encourageants pour les tumeurs cérébrales et l'épilepsie jacksonienne, le sont moins que pour les abcès du cerveau et les thromboses des sinus.

Les abcès sont le plus souvent d'origine otique (suppuration de l'attique) ; la coexistence presque constante, dans la pachyméningite suppurée, d'abcès de la circonvolution temporale inférieure rend la ponction exploratrice indispensable.

Bergmann délimite son champ opératoire au moyen du céphalomètre de Kohler ; deux lignes verticales sont tirées l'une de la base du tragus à la suture sagittale, l'autre, parallèle, part du bord postérieur de l'apophyse mastoïde. L'incision part du sillon qui existe entre le tragus et l'hélix, contourne l'insertion du pavillon jusqu'à ce qu'elle atteigne le niveau de son point de départ, puis devient horizontale ou légèrement oblique en haut longeant la base de l'apophyse mastoïde sur une longueur de 2 à 3 centimètres pour atteindre ou dépasser légèrement la ligne postérieure de Kolher.

Les parties molles, pavillon, muscle, aponévrose, sont incisées, rétractées en avant ; l'écaille est libérée sur une étendue de 2 à 3 doigts ; la branche longue de l'apophyse zygomatique est découverte, c'est là qu'on applique la scie ou le ciseau qui est mené jusqu'à l'angle mastoïdien du temporal ; à ce point répond, à la face interne du crâne, l'union de la portion pétreuse et écailleuse, point où est situé le plancher tympanique. Enfin on resèque un lambeau quadrilatère de l'écaille de 2 centimètres de haut sur 3 à 4 centimètres (voir la figure 351 de l'ouvrage de Chipault).

La même méthode permet d'opérer les suppurations mastoïdiennes. Les résultats de l'opération dans les tromboses des sinus transverses sont très encourageants. On atteint le sinus soit par l'ouverture de l'apophyse mastoïde, soit par la découverte de la portion externe de la face supéro-antérieure de la pyramide.

L'auteur préconise la ligature préventive de la jugulaire interne. Dans les cas de trombose du sinus transverse il faut penser à la possibilité d'abcès du cervelet au voisinage de la fosse sigmoïde : pour les atteindre, prolonger l'incision jusqu'à l'extrémité externe de la ligne courbe supérieure, agrandir la brèche osseuse avec la pince Lannelongue et Poirier. MARCEL BAUDOUIN.

Chirurgie der Rückenmarkskrankheiten, par GOLDSCHEIDER (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1168, 17 décembre 1894, et n° 1, p. 21, 7 janvier 1895*).

Dans les fractures du rachis, la paralysie n'indique l'intervention chirurgicale précoce que dans des cas exceptionnels ; la règle, pour les cas récents, est de se contenter d'un traitement orthopédique. Quand la paralysie persiste et qu'il existe en même temps une difformité faisant supposer une fracture de l'arc (déviation des apophyses épineuses, aplatissement ou enfoncement de l'arc), l'opération peut être indiquée ; mais son époque ne peut faire l'objet d'une règle générale, comme Lauenstein le prétend. C'est dans le cas des fractures de vertèbres lombaires que l'intervention chirurgicale est le mieux justifiée au bout d'un certain temps.

Dans la carie vertébrale, on incisera l'abcès par congestion et éventuellement on cherchera à se frayer ainsi une voie vers le corps vertébral pour s'attaquer au foyer lui-même. S'il n'y a pas d'abcès par congestion, les résultats opératoires connus ne justifient pas la résection des arcs vertébraux ; il y a une seule exception, c'est quand la tuberculose, respectant le corps de la vertèbre, n'a atteint que son arc.

Dans les tumeurs, lorsqu'on trouve, à l'ouverture du canal rachidien, qu'il s'agit d'une tumeur intramédullaire, on doit s'abstenir d'opérer. En revanche, si la tumeur est extérieure à la dure-mère, son ablation peut faire cesser la compression de la moelle. J. B.

Est-il permis, dans l'état actuel de la science, d'opérer les malades atteints de paralysie du mal de Pott ? par CALOT (*Revue d'orthop., 1er juillet 1895*).

Après une étude résumée des divers travaux faits sur la question, C. donne les observations de 20 malades atteints de paralysies pottiques qu'il eut l'occasion de suivre depuis 4 ans à l'hôpital et au dispensaire

Rothschild, à Berck, et sur lesquels 14 sont guéris, 5 encore en traitement, mais en bonne voie de guérison, et 1 mort par suite de l'ouverture de l'abcès par congestion dans la vessie. Le traitement chirurgical ne fut jamais tenté ; les petits malades guérirent spontanément. De son expérience personnelle, C. estime donc pouvoir répondre, non, au titre de son travail, l'intervention, par elle-même, tuant 50 fois sur 100 des malades qui ne demandent qu'à guérir tout seuls. CART.

Névrome du nerf médian traité par l'écrasement; guérison, par THIRIAR (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 mai 1895*).

Un homme de 40 ans, ayant eu le bras pris dans une machine à peigner le chanvre, présentait de nombreuses cicatrices, dont l'une située sur la ligne médiane, près du tendon du grand palmaire, au niveau de la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur, donnait à la pression de très vives douleurs dans le district de distribution du nerf médian. Une incision mit à nu le nerf qui était dur et volumineux, Thiriar en a fait l'élongation puis, avec les mors d'une pince, a écrasé la partie saillante. Disparition des douleurs. OZENNE.

Rose's operation for trigeminal neuralgia, par DANDRIDGE (*Boston med. and surg. Journal*, *25 avril 1895*).

D. a eu l'occasion de recourir à la résection du ganglion de Gasser, suivant la méthode de Rose, chez un homme alcoolique et paludéen atteint de névralgie faciale. Depuis dix ans, cet homme avait suivi des traitements médicaux divers et subi plusieurs interventions : ablation de dents, résection du nerf et avec quelque soulagement rapidement suivi de récidive, des crises douloureuses. Le résultat de l'opération de Rose fut excellent.

CART.

Ein Fall von Aneurysma arterio-venosum traumaticum (Anévrisme artério-veineux d'origine traumatique de la sous-clavière gauche), par Georges WEDEKIND (*Deutsche med. Woch.*, *n° 16*, *p. 257*, *1895*).

Quatorze cas d'anévrisme artério-veineux de la sous-clavière ont été publiés. Le 15e observé par l'auteur a présenté ces deux particularités : que le blessé n'a pas eu de syncope au moment de l'accident ; et que 7 mois après le développement de son anévrisme, il ne présente aucun trouble fonctionnel. La question délicate dans le traitement d'une plaie de la sous-clavière est celle de l'opportunité de faire la ligature. On est autorisé à attendre, d'après Wedekind : 1° si l'hémorragie primitive est modérée ; 2° s'il est vraisemblable que l'artère et la veine ont été blessées au même niveau ; 3° s'il ne se produit pas d'hémorragie secondaire ; 4° si le blessé reste sous le contrôle médical. H. DE BRINON.

Anévrisme de la sous-clavière; ligature simultanée de la sous-clavière et de la carotide; guérison, par Ch. MONOD (*Bull. Acad. méd.*, *20 janvier 1895*).

Cette observation, recueillie sur un homme de 51 ans, qui avait une douleur très vive dans l'épaule et le bras, a trait à un anévrisme de la troisième portion de la sous-clavière. La ligature du tronc brachio-céphalique ayant été impossible, une première ligature fut placée au-dessous de l'anévrisme sur la sous-clavière et une deuxième sur la carotide à la base du cou. Résultat immédiat excellent et 4 mois plus tard aucun vestige de la tumeur.

Le rapporteur estime, d'après les détails de l'observation, qu'il s'agissait plutôt d'un anévrisme occupant toute l'étendue de la sous-clavière et s'étendant au tronc innominé, et, après avoir fait l'historique opératoire des anévrismes de cette région, signale ce fait comme un exemple unique de guérison d'un semblable anévrisme par la ligature simultanée de la sous-clavière, entre la clavicule et la tumeur, et de la carotide primitive. OZENNE.

Plaie de l'abdomen par arme à feu : perforation du foie, de l'estomac et de l'aorte, migration du projectile jusque dans l'iliaque primitive; laparotomie, mort, par LAMBOTTE et HERMANN (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, janvier 1895*).

Un homme de 49 ans reçoit un coup de revolver (calibre 9 millimètres) qui après avoir traversé en séton le bras d'une autre personne, l'atteint au creux épigastique. Pas de syncope. Deux heures après le pouls est bon, ample, régulier, mais un peu dépressible ; douleur intolérable à l'épigastre, s'irradiant dans l'abdomen et le dos ; vomissements bilieux ; ventre ballonné, contenant un épanchement ; pas d'hémorragie notable.

La laparotomie exploratrice fait constater que le foie est perforé près de bord antérieur, au niveau du ligament suspenseur. L'estomac présente à la petite courbure près du pylore une perforation longue de 3 centimètres et donnant passage à de la bile et du suc gastrique ; on la suture. Après toilette du péritoine, l'abdomen est refermé. Le malade succombe 7 heures et quart après l'accident.

A l'autopsie, en outre des lésions constatées pendant la vie, on voit que la balle, au-delà de l'estomac, a traversé le lobe de Spigel, puis a perforé l'aorte juste au-dessus du tronc cœliaque. L'aorte n'a qu'un orifice qui est fermé par de la fibrine et des débris des tuniques artérielles, ce qui a suffi à l'hémostase ; sa paroi postérieure est soulevée en forme de capsule, mais non perforée. Quant à la balle, on l'a retrouvée dans l'artère iliaque primitive gauche, au-dessus de sa bifurcation ; le projectile, qui dilate le vaisseau, n'est pas déformé. LEFLAIVE.

Heilung eines Oesophagusdivertikels durch die Operation, par von MANDACH jeune (*Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte, n° 24, p. 784, 15 décembre 1894*).

Homme de 62 ans, chez lequel les premiers symptômes remontent à 1887. Opération le 14 septembre 1893. Incision des téguments, commençant au milieu du tiers interne de la clavicule, verticale en haut et se terminant à deux travers de doigt au-dessus du cartilage thyroïde. Le sterno-hyoïdien, le sterno-thyroïdien sont écartés en dedans avec le lobe moyen hypertrophié du corps thyroïde, le sterno cléidomastoïdien et l'omohyoïdien en dehors avec le paquet nervo-vasculaire. Section entre deux ligatures de l'artère thyroïdienne supérieure transversale ; refoulement en dehors du nerf récurrent. Dans un effort de toux du malade, on aperçoit en arrière du bord gauche de la trachée un tube mou ayant une extrémité se terminant en cul-de-sac mousse au niveau de l'échancrure sternale ; en haut, ce tube est délimité par le constricteur inférieur du pharynx qui l'entoure d'un faisceau assez considérable de fibres ; là, le tube se continue avec l'œsophage dont il constitue un diverticule long de 6 centimètres et demi, qui est vide. Après l'avoir lié avec de la soie, von Mandach l'enlève, à un centimètre plus haut avec le Paquelin, puis applique une suture continue de soie. N'ayant pas réussi à invaginer le diverticule, peut-être à cause du calibre considérable (9 centimètres et demi) de son collet, Mandach se borne à pousser, de l'angle inférieur de la plaie

cutanée jusqu'à la suture œsophagienne, un mince tampon de gaze iodoformée et à introduire à son côté un drain. Après avoir rapproché muscles et aponévroses à l'aide de quelques points séparés, il referme la peau par une suture continue. L'opération avait duré trois quarts d'heure. Le 21 septembre, sécrétions fétides de la plaie, entraînant des lambeaux mortifiés; une partie du lait bu s'écoule par la plaie. Le 23, violente hémorragie; bien que rapidement arrêtée par compression, le malade n'a plus ni pouls, ni connaissance. Après deux injections de camphre et d'éther, M. rouvre la plaie, ne trouve aucun vaisseau béant, mais constate que toute la cavité, ayant les dimensions d'un œuf d'oie, est pleine d'aponévroses et de tissu conjonctif mortifiés. Tamponnement avec gaze thymolée. Alimentation par la sonde stomacale; injections de camphre. Jusqu'au 30, se poursuit l'élimination des tissus gangrénés, sans que la température dépasse 38°. De l'apophyse mastoïde à l'échancrure sternale, tout le côté gauche du cou laisse voir ses muscles mis à jour comme par une dissection méthodique. La plaie œsophagienne, largement béante, laisse sourdre, à chaque mouvement de déglutition, de grandes quantités de mucus et de salive. A partir du 1er octobre, cessation de l'odeur infecte et bourgeonnement de la plaie, qui est fermée le 10. Départ le 14. Au commencement de décembre, phlegmon cervical; par une petite incision à l'extrémité inférieure de la cicatrice, on découvre dans la profondeur un abcès communiquant avec l'œsophage. L'alimentation avec la sonde est reprise durant dix jours. Le 11 décembre, la plaie se referme et, dès lors, guérison définitive. L'homme mange et boit comme tout le monde.

Le diverticule inséré à la partie postérieure gauche de l'œsophage, à la hauteur du cartilage cricoïde, descendait jusqu'à la fourchette sternale, formant un cul-de-sac cylindrique de 10 centimètres de circonférence, tapissé par une muqueuse. La couche papillaire de la muqueuse diverticulaire a une épaisseur au moins décuple de la normale; le tissu sous-muqueux non épaissi est remarquable par le nombre de ses vaisseaux, dont beaucoup sont entourés d'amas de petites cellules inflammatoires; la tunique musculeuse est réduite à peu de chose, l'adventice n'offre rien d'insolite (*R. S. M.*, XLIV, 651).

J. B.

Ueber einige operativ behandelt..... (Traitement chirurgical des affections de l'estomac : remarques sur la sécrétion d'acide lactique), par Th. ROSENHEIM (*Deutsche med. Woch.*, *n° 15*, *p. 238*, *1895*).

Les 6 dernières opérations sur l'estomac pratiquées par Rosenheim ont porté 4 fois sur des cancers du pylore, 2 fois sur des ulcères avec adhérences. Contre les tumeurs malignes, il a fait 1 fois la résection, 3 fois la gastro-entérostomie, cette dernière opération a été pratiquée aussi pour un des ulcères tandis que pour l'autre, on s'est contenté de détruire les adhérences. Tous les opérés ont guéri et sont encore vivants sauf un qui a succombé à une hémorragie foudroyante 4 semaines et demie après l'opération. Ce malade avait présenté jusqu'à la mort un excès d'acidité, il s'agissait donc vraisemblablement d'un carcinome développé sur un ulcère.

Depuis 18 mois, l'auteur a porté ses recherches d'une manière spéciale spéciale sur la question des acides de l'estomac. Sur 47 cas de carcinome qui ont passé à la polyclinique, il a trouvé 13 fois (27 0/0) de l'acide chlorydrique libre; 34 fois cet acide manquait et sur ces 34 malades, 26 présentaient de l'acide lactique. Cette proportion de 55 0/0, fort éloignée de celle de 91 0/0 signalée par Strauss, provient en grande partie de ce que les examens ont été faits dès l'entrée des malades; plus tard,

et par suite des examens répétés dans le cours de la maladie, cette proportion s'est élevée à 78 0/0. La présence de l'acide lactique constitue un symptôme de grande valeur particulièrement lorsque la tumeur n'est pas accessible à la palpation, mais elle n'est nullement pathognomonique du cancer ; à l'appui de cette dernière assertion, Rosenheim présente deux observations dans lesquelles l'acide lactique a été constaté chez des malades sûrement indemnes du cancer et d'autre part, il signale ce fait : que l'acide lactique peut disparaître chez des malades atteints de cancer lorsque, par le fait de l'opération, on a rétabli le libre écoulement des matières tout en laissant le cancer se développer. H. DE BRINON.

Ueber chirurgische Eingriffe bei Magenerkrankungen, par HAHN (*Berlin. klin. Woch., n° 48, p. 1096, 26 novembre 1894*).

En 1893, Hahn a pratiqué 9 fois la gastro-entérostomie sans aucune mort, 4 fois la résection de l'estomac avec une mort chez une femme où les lésions cancéreuses étaient si étendues qu'une gastro-entérostomie eût été préférable; l'opérée succomba le surlendemain, au relâchement d'une suture. Un médecin a subi, dans l'espace d'un an, 4 opérations avant d'être emporté par un chondrosarcome de l'estomac. Hahn lui a d'abord fait la résection du pylore pour un angiome fibreux ayant son siège presque exclusif dans le duodénum, mais qui avait détruit sur une vaste étendue la muqueuse pylorique. L'amaigrissement était énorme (poids de 102 livres). A la suite de cette première opération, le poids augmenta de 26 livres. Huit mois plus tard, réapparition des phénomènes de rétrécissement du pylore. Laparotomie avec libération d'adhérences que Hahn pensait devoir être la cause des accidents. L'amélioration ne dura que quelques jours et bientôt le poids du malade retomba à 102 livres. Gastro-entérostomie très difficile, demandant 4 heures. Il y avait de vastes adhérences et l'estomac rapetissé s'était rétracté sous l'arc costal. Après cette gastro-entérostomie, le malade récupéra 14 livres en poids. Mais, moins de trois mois plus tard, il fallut encore une gastro-entérostomie et bientôt après se produisait une récidive qui emporta le malade.

Hahn peut présenter une femme à laquelle il a enlevé, il y a 3 ans 1/2, une tumeur cancéreuse de 18 centimètres sur la grande courbure et de 12 centimètres sur la petite; quoique obligée à des travaux très pénibles, elle ne présente pas de trace de récidive. Hahn a laparotomisé une femme ayant, depuis l'âge de 15 ans, de fréquentes hémorragies stomacales, des douleurs continues intenses et des troubles digestifs indiquant l'existence d'adhérences. Hahn ne trouva rien d'autre d'anormal que 5 brides étendues entre l'estomac et le côlon; il les sectionna après double ligature et délivra ainsi la malade de toutes ses souffrances.

Hahn a apporté quelques modifications à son manuel opératoire de la gastro-entérostomie. Il a renoncé à se servir d'entérotomes comme pouvant, en raison de la constriction qu'ils exercent, amener une hémorragie secondaire dans l'épaisseur des tuniques intestinales ou la gangrène des parois. Il suture d'abord, suivant un arc de cercle assez considérable, la séreuse et l'estomac et au lieu de pratiquer, comme précédemment, la gastro-entérostomie au point le plus déclive du grand cul-de-sac, il la

fait aussi près possible du pylore que le permet le cancer, et le plus près possible de la grande courbure, sans s'inquiéter des artères dont il se rend maître par acupressure. Puis dans la même étendue qu'il a uni les surfaces séreuses, il pratique une incision un peu curviligne, limitée à la séreuse et applique la deuxième suture des séreuses. Il fait alors l'incision destinée à ouvrir l'estomac et l'intestin, unit la muqueuse par des points continus sur toute la longueur de la plaie, ce qui procure une occlusion; il applique une suture de Lembert sur la dernière portion la plus élevée. Hahn en est venu à attacher une grande importance à n'ouvrir l'intestin qu'exactement en face de son insertion mésentérique; on évite ainsi toute locomotion rétrograde des aliments. Enfin il impute, en partie, l'amélioration de sa statistique aux lavages précoces de l'estomac, qu'il commence 12 ou 24 heures après l'opération. C'est donc la méthode de Wölfler, légèrement modifiée, que Hahn préconise.

En terminant, Hahn mentionne le décès, par affection intercurrente, d'un paysan auquel il avait fait, il y a sept ans, la gastro-entérostomie pour tumeur et qui, jusqu'à la dernière heure, a travaillé aux champs.

J. B.

Diagnostic et traitement des sténoses du pylore, par M. EINHORN (*Zeitschr. für klin. Med., XXVIII, p. 10*).

Les éléments du diagnostic sont : 1° Pour les rétrécissements bénins du pylore la longue durée (3 à 15 ans), les intervalles d'indolence de rémission et même de santé parfaite, l'absence ordinaire de tumeur, l'acide chlorhydrique libre presque constant, l'acidité toujours augmentée, l'acide lactique en général absent, les renvois simplement désagréables ;

2° Pour les retrécissements malins, durée courte (1 an 1/2 au plus), marche progressive sans rémission, tumeur presque constante, HCl presque toujours absent, acidité variant de 30 à 90°, acide lactique fréquent, renvois très fétides.

Le traitement de choix est l'ablation radicale en cas de diagnostic précoce d'une tumeur maligne, le rétablissement du passage des aliments de l'estomac au duodénum dans tous les cas. A défaut d'intervention, lavages de l'estomac, alimentation rectale, injections d'eau ; dans le cas de rétrécissement de nature bénigne, massage stomacal, alcalins à faible dose, courant galvanique.

A.-F. PLICQUE.

On perforation of gastric ulcer, par Gilbert BARLING (*Brit. med. Journ., p. 1312, 15 juin 1895*).

Leçon destinée à discuter les indications et le manuel opératoire du traitement des perforations de l'estomac. En réalité, le point capital est d'intervenir vite : sur 9 opérations suivies de succès, le temps écoulé entre la production de la perforation et l'intervention chirurgicale a été en moyenne de 7 heures (le délai le plus long ayant été de 10 heures, le plus court de 3 heures). Sur 15 opérations suivies de mort, ce temps a été en moyenne de 27 heures. Il faut donc agir vite, pour prévenir l'infection péritonéale.

H. R.

Hématome duodénal simulant un étranglement interne, par BALSTER (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1166, 17 décembre 1894*).

Homme de 36 ans, quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, violentes coliques sans siège précis. Huit jours plus tard, absence complète de garde-robes; bientôt après, vomissements fréquents, noirâtres, non fécaloïdes. Le malade, qui ne s'est pas alité, vient à pied à l'hôpital. Apyrexie, pouls petit à 120. Le ventre n'offre de voussure et de tension qu'à l'épigastre où l'on sent, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur de la grosseur du poing, peu mobile, assez dure et très douloureuse au toucher. Estomac très dilaté, refoulant un peu le cœur. Renvois et vomissements presque continus de matières semblables à du marc de café, ne renfermant pas d'autres éléments du sang que des cristaux d'hémine. On diagnostique une obstruction de la partie supérieure de l'intestin grêle et Hahn pratique la laparotomie. Le gros et la plus grande partie du petit intestin sont affaissés, tandis que l'estomac et, encore plus, le duodénum sont distendus; ce dernier forme une tumeur dure, d'un rouge bleu, ayant presque les dimensions du poing. La racine du mésentère, surchargée de graisse, est fluctuante; une incision exploratrice donne issue à un peu de sang brunâtre mêlé de caillots. Pancréas induré et semblant receler des calculs au niveau de sa tête. Le doigt, enfoncé à travers l'incision dans la direction du pancréas, donne jour à une grande quantité de sang en partie altéré et épanché entre les feuillets du mésentère, en partie frais et provenant de veines déchirées. L'hémorragie fut arrêtée sans peine, mais le collapsus empêcha de poursuivre l'opération. Mort au bout d'une demi-heure.

L'autopsie révèle un épanchement sanguin considérable à intérieur des parois du duodénum, surtout dans sa portion descendante. En certains points, le sang a décollé la muqueuse et le tissu sous-jacent des autres tuniques sur près des deux tiers de la circonférence de l'intestin, en produisant une cavité ayant les dimensions d'un poing d'homme. Au niveau de la racine du mésentère, les parois duodénales, très amincies, ont cédé sous l'effort du sang qui s'est répandu entre les feuillets de la séreuse. La lumière du duodénum est presque entièrement effacée par la tumeur sanguine. La muqueuse, ni les vaisseaux ne présentent d'altération. Le pancréas est sain.

La supposition la plus probable est qu'il s'agit d'un traumatisme par un corps mousse ayant porté sur le duodénum plein et ayant déterminé une hémorragie d'abord des vaisseaux sous-muqueux. J. B.

Two cases of ulcer of the duodenum, etc, par Marmaduke SHEILD (*The Lancet, p. 1169, 11 mai 1895*).

1° Un homme de 20 ans, sans antécédents marqués, est pris soudainement au théâtre d'une douleur vive dans l'abdomen; transporté à l'hôpital, on constate une température de 35°,5, avec un pouls à 100. La douleur abdominale est très vive, surtout au niveau de la région épigastrique. Le lendemain, les symptômes étaient plus graves, le patient vomissait des matières vertes, stercorales; le troisième jour, l'état est presque désespéré, laparotomie pour une appendicite supposée. On trouve une péritonite suppurée, sans pouvoir découvrir de perforation intestinale Mort rapide.

Autopsie : ulcère perforant de la paroi antérieure de la première partie du duodénum.

2° Un homme de 23 ans est pris en pleine santé, de douleurs abdominales, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche ; en même temps, vomissements. Cinq jours après, le malade est amené à l'hôpital. Il avait eu, il y a 3 ans, une attaque semblable ayant rapidement guéri. On crut à une appendicite, mais la laparotomie montra l'intégrité du cœcum et de l'appendice; on ne put

découvrir de perforation intestinale. Le patient succomba le lendemain de l'opération.

A l'autopsie, on trouva un ulcère perforant du duodénum, tout proche du pylore ; à côté de cette ulcération, était une cicatrice, indice d'un ancien ulcère guéri. MAUBRAC.

I. — Un cas d'obstruction pylorique non cancéreuse; gastro-entéro-anastomose, par BRUNON (*Loire méd., 15 juillet 1895*).

II. — Pièces anatomiques relatives à une gastro-entérostomie pour cancer du pylore, par BLANC (*Ibid., 15 mai 1895*).

I. — Ce fait intéressant a été recueilli sur un homme de 65 ans, chez lequel la palpation de l'abdomen avait fait constater une tumeur dure, de la grosseur d'une mandarine, à la région pylorique. Le ventre ouvert, cette constatation avait été confirmée *de manu*. Une gastro-entéro-anastomose fut pratiquée, mais le malade succombait au bout de vingt jours. L'autopsie a montré qu'il n'existait pas de néoplasme pylorique, mais une dilatation énorme de la première portion du duodénum recourbé à angle très aigu et formant un gros boudin, qui allait se continuer par derrière avec le pancréas. Voici quel avait été le mécanisme de la formation de ce sac ampullaire : L'orifice pylorique, d'une part, était très rétréci et circonscrit par un tissu épaissi et sclérosé, d'autre part, on voyait une bride de tissu épiploïque, également épaissi et sclérosé, qui unissait la deuxième portion du duodénum au pylore; il en était résulté une obstruction par étranglement, qui s'accentuait d'autant plus qu'il passait davantage de liquide dans l'ampoule duodénale. C'est cette ampoule, simulant une tumeur, qui avait donné le change.

II. — L'autopsie d'un sujet opéré, il y a 18 mois, d'une gastro-entérostomie pour cancer du pylore et mort ictérique à la suite d'une hémorragie, a fait constater les lésions suivantes : L'estomac, très dilaté, était adhérent, au niveau de l'anastomose, avec la paroi abdominale cancéreuse en ce point. Pas de ganglions dégénérés, ni de propagations à l'intestin. Adhérence néoplasique de la petite courbure de l'estomac au foie. L'anastamose gastro-jejunale est souple, solide, perméable. Pancréas totalement envahi par le cancer. Vésicule biliaire très dilatée ; obstruction complète du canal cholédoque par la masse cancéreuse. OZENNE.

On the clinical confusion between distension of the gall bladder and movable kidney, par H. MORRIS (*Brit. med. Journ., p. 238, 2 février 1895*).

L'auteur insiste avec raison sur l'association fréquente de la lithiase biliaire et des reins mobiles chez des femmes qui ont usé de corsets serrés, et sur la similitude des symptômes fonctionnels et des signes physiques que fournissent les deux ordres de lésions.

La vésicule biliaire distendue et légèrement dépreinte simule étroitement l'extrémité inférieure du rein droit déplacé, et les deux organes sont le siège de crises paroxystique similaires.

A l'appui de ses assertions, l'auteur rapporte les faits suivants :

1° Une femme présente des signes de péritonite aiguë, dont elle se remet lentement. On sent plus tard une tumeur qui occupe la région du rein droit et qui semble bien circonscrite. On ouvre l'abdomen, et en raison des adhérences péritonéales qui avaient englobé les anses intestinales, il est impossible de poser un diagnostic précis : cependant on s'assure que ce n'est pas le rein. A ce moment, un flot de pus s'échappe de la masse indurée, avec deux cal-

culs biliaires; on constate qu'il s'agit d'une vésicule biliaire suppurée. Guérison lente;

2° Femme de 50 ans, envoyée à l'auteur comme souffrant d'un rein déplacé: l'examen plus approfondi montre qu'il s'agit d'une vésicule biliaire mobile et distendue. Opération : extraction de 49 calculs;

3° Association d'une hydropisie de la vésicule biliaire et d'un rein mobile : cholécystotomie;

4° Cholécystotomie pour une hydropisie de la vésicule biliaire. Calcul enclavé dans le cholédoque et nécessitant la section du conduit biliaire. Néphrorraphie du rein droit déplacé;

5° Hydropisie de la vésicule biliaire prise pour un rein mobile : cholécystotomie.

L'auteur insiste sur le fait peu connu que la vésicule biliaire distendue donne lieu à une tumeur mobile, que presque toujours il y a eu des antécédents de jaunisse; enfin que la tumeur est superficielle et plus facile à sentir qu'un rein mobile.

Les variations de volume de la tumeur peuvent se voir dans les deux cas, suivant le degré de congestion du rein ou de distension de la vésicule; ce n'est pas un caractère différentiel suffisant.

Par contre le caractère de la mobilité de la tumeur est important, la vésicule distendue est plutôt mobile latéralement autour d'un point fixe qui est le foie, tandis que le rein se meut de haut en bas; la vésicule ne peut pas être refoulée en bas. Celle-ci a de la tendance à revenir en haut et en avant; le rein en haut et en arrière, dans leurs positions normales respectives. Il y a des cas où l'incision exploratrice est le seul moyen de préciser le diagnostic. H. R.

I. — 19 opérations pour calculs biliaires, par ROUX (*Revue méd. Suisse romande XV, n° 3, p. 161, mars 1895*).

II. — Ein Fall von Choledocho-Duodenostomia interna wegen Gallenstein, par Theodor KOCHER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n°7, p. 193, avril 1895*).

III. — Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit, par LÖWENSTEIN (*Berlin. klin. Woch., n° 26, p. 563, 1er juillet 1895*).

I. — Roux présente la collection des calculs biliaires enlevés chez 19 malades; il a eu l'occasion de pratiquer toutes les opérations connues, sauf celles portant sur le canal hépatique proprement dit ou ses ramifications. Aucun des opérés n'a succombé. Par contre, dans 2 cas de cancer primitif, très peu avancé, du pancréas, la cholécystentérostomie a été suivie de mort : une fois parce que l'opération était trop tardive, la malade étant déjà en pleine folie cholémique; la seconde fois, la mort a été due à la coudure du jejunum sur lequel on avait implanté le fond de la vésicule biliaire; la malade a succombé aux suites de l'iléus, avec une suture bien cicatrisée. Parmi les opérés de calculs, il n'y avait que 2 hommes, atteints, du reste, de ptose viscérale; aussi Roux croit-il de plus en plus que la proportion considérable de femmes affectées de lithiase biliaire tient à la fréquence plus grande dans le sexe faible de la maladie de Glénard. Il est partisan de la cholécystotomie idéale, qu'il a exécutée sans accident une demi-douzaine de fois, tandis qu'il considère le cathétérisme des voies biliaires comme presque toujours inutile. Dans 2 cas de cholédocholitholapaxie, il

a réussi à triturer les calculs avec les doigts. Les calculs et graviers les plus douloureux sont les tétraédriques.

II. — Homme de 36 ans et demi, ayant depuis huit ans des crampes d'estomac, avec paroxysmes douloureux continus. A partir d'octobre 1893, urines bileuses et selles décolorées ; quelques jours plus tard, l'ictère apparaît pour la première fois et ne disparaît, dès lors, jamais entièrement. Les attaques de coliques sont précédées d'un frisson et de fièvre pendant une journée. Le malade a perdu 20 kilogrammes de son poids. Prurit continu ; 52 pulsations ; inappétence ; nausées seulement pendant les coliques. Le foie, dont les limites supérieures ne sont pas changées, atteint par son bord inférieur l'ombilic ; on ne sent pas la vésicule ; épistaxis. Opération le 4 juin 1894. En arrière du duodénum, calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le cholédoque. Lithotritie impossible. Kocher, décidé à faire passer le calcul dans le duodénum, incise transversalement, dans toute son étendue, la paroi antérieure du duodénum, puis fend longitudinalement la paroi postérieure sur le calcul qui la fait saillir, et peut ainsi extraire celui-ci. La paroi du cholédoque incisée est suturée circulairement avec la plaie intestinale et l'incision transversale antérieure du duodénum est refermée par une double suture. Le calcul a 27 millimètres de long, et une circonférence de 6. Départ le 19 juillet. L'ictère a presque entièrement disparu, l'urine et les selles ont repris leur coloration normale. L'opéré a beaucoup engraissé et ne souffre pas.

III. — Relation de 5 cholécystostomies en deux séances, dont une suivie de mort par inanition. Lœwenstein estime qu'au lieu des douze jours réclamés par Riedel, il suffit d'en laisser huit ou neuf entre les deux phases de l'opération.

J. B.

Calculs pariétaux de la vésicule biliaire, par LÉTIENNE (*Congrès méd. Bordeaux, 1895*).

Chez une malade à qui Terrier pratiqua la cholécystotomie, on trouvait les lésions anatomiques constatées dans la plupart des cas de cholécystite calculeuse ancienne, mais en outre un diverticule pariétal contenant des concrétions calcaires. Il y avait aussi des calculs biliaires (au nombre de vingt et un) dans la cavité du cholédoque et des calculs calcaires dans les parois de la vésicule.

L'examen bactériologique de ces diverses parties a fait constater la présence du bacterium coli et du streptocoque dans la bile, du bacterium coli dans la substance même des calculs biliaires, du bacterium coli dans la substance calculeuse pariétale.

Cette observation plaide en faveur de la théorie parasitaire de la lithiase biliaire. Le bacterium coli, suivant son habitat, peut donner lieu à des transformations dans des humeurs diverses, aboutissant à des concrétions de nature chimique différente. Dans la bile, calculs biliaires vrais ; dans les follicules glandulaires qui sécrètent un mucus tout différent de la bile, ce sont des concrétions calcaires exemptes de substance pigmentaire.

L. GALLIARD.

Zur Pathologie und Chirurgie der Gallenblase und der Leber, par SENDLER (*Deutsche Zeitsch. f. Chir., XL, 3-4, p. 366-410*).

Etude d'ensemble, basée sur quinze faits personnels de chirurgie biliaire. Quelques observations sont plus particulièrement intéressantes.

A citer entre autres une intervention pour cholécystite suppurée, aiguë, infectieuse, qui a consisté en une cholécystotomie en deux temps. Il y

avait dans la vésicule des streptocoques et des colibacilles. Une autre observation est aussi très curieuse. Il s'agit d'une femme enceinte de 4 mois, atteinte d'un kyste dermoïde de l'ovaire et de cholélithiase. Cholécystotomie extra-péritonéale. Guérison, mais vomissements ; d'où un accouchement prématuré, obligatoire. L'opérée guérit. Mentionnons enfin un cas d'abcès multiples dus à une angiocholite ; on opéra deux fois, mais sans succès.

Sendler est d'avis que dans la cholélithiase il faut opérer dès que les crises de coliques sont fréquentes. Plus l'opération est hâtive, plus elle est facile et bénigne. L'ictère est une indication très nette. L'auteur n'est pas partisan de la cholécystendyse. Il préfère la cholocystotomie en un seul temps pour la lithiase de la vésicule. MARCEL BAUDOUIN.

Un cas de kyste hydatique postéro-inférieur du foie; laparotomie et résection partielle du kyste, guérison, par PANTALONI (*Archives prov. de chir., p. 377, juin 1895*).

Dans le cas de kyste hydatique postéro-inférieur du lobe droit du foie, non suppuré, variété rare, on peut intervenir avec succès par la voie abdominale antérieure. La laparotomie médiane permet non seulement d'inciser et de vider complètement le kyste avec facilité, mais même de réséquer une partie plus ou moins grande de la poche. Si l'on a soin de faire lever le malade de bonne heure, dans le cas d'intervention par la voie abdominale antérieure, et de le faire rester debout ou assis dans la position dite de lecture au lit pendant une grande partie de la journée, on obtient une guérison rapide, sans être obligé de faire une contre-ouverture lombaire. F. VERCHÈRE.

De l'intervention chirurgicale dans les lésions de l'intestin par contusion de l'abdomen, par M. BALLADUR (*Thèse de Paris, 1895*).

Les contusions de l'abdomen compliquées de lésions viscérales et surtout de lésions de l'intestin, étant presque toujours suivies de mort, si on n'intervient pas, demandent une intervention chirurgicale. Celle-ci devra être rapide, mais il n'existe pas de symptôme pathognomonique de la lésion intestinale et le chirurgien, sûr de lui, peut être autorisé à pratiquer une laparotomie exploratrice.

Celle-ci doit être médiane et devra être suivie de l'exploration méthodique des viscères. D'après les chiffres de l'auteur, les résultats de l'intervention sont infiniment supérieurs à ceux de l'expectation, puisque la mortalité de 97 0/0 tombe à 66 0/0. F. VERCHÈRE.

De la laparotomie précoce dans les contusions de l'abdomen avec lésion de l'intestin, par Ch. FÉVRIER et A. ADAM (*Archives prov. de chir., p. 190, mars 1895, et p. 236, avril 1895*).

Les auteurs ont expérimenté sur le chien, contusionnant l'abdomen vers sa partie moyenne avec une massette de cantonnier ou la partie plate d'un marteau de serrurier. Lorsque le corps contondant atteignait la colonne vertébrale, les expérimentateurs pouvaient être assurés de la perforation intestinale.

L'anse intestinale, qu'il s'agisse d'une perforation complète ou incomplète, présente toujours, lorsqu'on l'examine avant l'envahissement de la péritonite, un aspect particulier, caractéristique ; elle est rouge, gonflée, zébrée de veinules ; elle est résistante et élastique, et se distingue facilement des anses intactes. Au-dessus et au-dessous de la lésion, l'intestin est resserré et n'admet que difficilement une sonde cannelée. Au niveau du point lésé le mésentère s'arrache de son insertion, il est infiltré de sang. Le sang reste liquide dans la cavité abdominale et les petits caillots se localisent au niveau du foyer traumatique.

L'anse blessée siège toujours immédiatement sous le point frappé et et sur une même ligne qui partant de ce point, se dirigerait horizontalement vers la colonne vertébrale. C'est là que l'on trouvera le foyer traumatique, quel que soit le nombre d'anses blessées.

Les lésions s'accentuent en allant vers la colonne vertébrale en cas de ruptures multiples, c'est au niveau des anses profondes vers le rachis, que sont les déchirures les plus graves.

Dans le cas de contusion de l'abdomen, trois cas peuvent se présenter. A. Le côté contusionné est inconnu. Après l'incision médiane on ira à la recherche de l'épiploon, on le sortira, on l'étalera et si l'on trouve une légère suffusion sanguine, on aura un repère précieux qui indique le siège du foyer traumatique.

Si l'examen de l'épiploon est négatif, il faudra après avoir épongé le sang, chercher *de visu* soit un petit nid de caillots, soit une anse plus rouge et plus distendue.

Si cette recherche était vaine, introduire la main du côté de la colonne vertébrale et explorer depuis l'intestin du jéjunum jusqu'à l'angle sacro vertébral.

Cette recherche devra être exécutée des deux côtés, la main trouvera une anse plus volumineuse, rugueuse surtout vers le bord mésentérique, qui indique le foyer traumatique.

Cette anse ne devra pas être attirée seule au dehors, mais avec tout ce qui est entre elle et le rachis après avoir diviser tout le foyer traumatique.

B. C. Dans le cas où le côté contusionné sera connu, et si le point de contusion lui-même se révèle au chirurgien sur le paroi abdominal, l'intervention sera d'autant facilitée. F. VERCHÈRE.

Du pronostic opératoire des fibromes des parois abdominales, par HARWARD-TURNER (*Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur, partisan convaincu de la nécessité de l'ablation radicale et totale des tumeurs fibreuses ou fibro-sarcomateuses, admet cependant que « toutes les fois qu'au cours de l'opération, on se trouvera en présence d'adhérences dont la dissection mettrait en danger la vie du malade (intestins, gros vaisseaux) ou compromettrait la fonction d'un membre (gros tronc nerveux), il est préférable d'abandonner, après morcellement, une petite portion de la tumeur. » La récidive, dans le cas d'ablation in complète, n'est pas fatale.

La grossesse exerce sur le reliquat de ces tumeurs une influence mani-

feste, en les augmentant de volume, mais il n'est pas prouvé que cet accroissement ne cesse pas avec la période puerpérale. P. VERCHÈRE.

Des calculs appendiculaires, par Gustave ROCHAZ (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 12, p. 637*).

Étude principalement basée sur 65 cas de concrétions de l'appendice vermiforme dus à Roux; deux planches sont annexées au mémoire.

L'appendicite est, dans la très grande majorité des cas, produite par des calculs stercoraux, même quand on ne trouve pas ceux-ci à l'opération. Les corps étrangers proprement dits sont très rares dans l'appendicite. Les vers ne se rencontrent pas dans l'appendice durant la vie. Dans l'appendice normal, les matières fécales sont le plus souvent à l'état de bouillie fluide. Les calculs se forment dans l'appendice lui-même; le plus souvent, ils ne sont pas multiples. Leur configuration générale est allongée; leur coloration ordinaire est brunâtre; leur consistance est presque aussi souvent dure que molle. A la section, on reconnaît le plus souvent une disposition en couches concentriques. Le noyau est en général plus clair que l'enveloppe; il est rarement constitué par un corps étranger. La composition chimique des calculs appendiculaires se rapproche beaucoup de celle des fèces humaines. L'homme est plus sujet à l'appendicite par corps étrangers que la femme; c'est de 10 à 30 ans qu'ils sont le plus communs. La constipation ne paraît pas avoir d'influence sur la fréquence des appendicites. La position de l'appendice est presque toujours anormale; Rochaz a souvent noté la forme évasée en entonnoir de sa base. Les coudures, les rétrécissements, les adhérences sont des causes prédisposantes à l'appendicite par corps étrangers. L'hérédité joue un rôle important, quoique méconnu, dans l'appendicite. J. B.

Demonstration eines Praeparatas von doppelter Littre'scher Hernie, par KOCHER (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte, n° 24, p. 792, 15 décembre 1894*).

Femme entrée pour étranglement interne. Après réduction d'une omphalocèle étranglée, les phénomènes morbides ne disparurent pas complètement. Kocher opéra alors une petite hernie crurale que la malade avait du côté gauche. Il trouva un petit sac herniaire, plein de sérosité sanguinolente, dans lequel se voyait un sac flasque, de la grosseur d'une cerise, formé par la convexité d'une anse intestinale. En outre, à quelques millimètres au-dessus et séparé par un autre sillon de constriction, était un sac semblable, mais plus petit, formé par une portion de paroi intestinale. Résection des deux sacs. Guérison.

Kocher considère comme un fait unique cette double hernie de Littre, étranglée l'une par une bride du sac herniaire, l'autre par l'orifice herniaire. J. B.

De la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de Quénu, par ROGER (*Thèse de Paris, 1895*).

Après réduction du contenu et résection du sac herniaire, le but à atteindre est une réfection presque totale des plans fibreux de la ligne blanche. On y arrive en mobilisant vers la ligne médiane et en suturant un certain nombre de plans fibreux et musculaires. On obtient finalement

une superposition de sutures qui sont les suivantes : 1° suture en surjet du péritoine ; 2° suture de la lèvre postérieure de la gaine de droite, ouverte au bistouri ; 3° suture des deux corps charnus de droite l'un à l'autre ; 4° suture des deux lèvres antérieures de leur gaine ; 5° suture de la peau au crin de Florence,

Ce procédé est, au dire de l'auteur, supérieur à l'omphalectomie. Outre qu'il est moins grave, il a l'avantage de solidifier autant qu'il est possible la paroi effondrée par la hernie. ARROU.

Traitement des hernies étranglées, par Ch. VILLEMS (*Annales Soc. belge de chir.*, *15 juin 1895*).

Dans ce travail l'auteur rapporte et discute 32 observations de hernies étranglées qu'il a observées et opérées avec 24 guérisons et 8 morts. Cette mortalité de 25 0/0 tient à l'incurie des malades, à l'abus du taxis et à la temporisation. Aussi est-il d'avis qu'après 36 heures d'étranglement, il ne faut pas faire de taxis, mais opérer sans délai.

En cas de doute, au point de vue du diagnostic, il faut considérer comme étranglée et traiter comme telle, toute hernie devenue brusquement irréductible, tendue et sensible à la pression. Pour éviter des fautes de technique opératoire préjudiciables, il faut inciser le canal dans toute sa longueur et mettre à nu l'agent fibreux de l'étranglement.

Enfin, en cas de gangrène déclarée ou imminente de l'intestin grêle, l'entérectomie suivie d'entérorraphie doit être considérée comme l'opération de choix. OZENNE.

Gangrenous inguinal hernia, par DAVIS (*Journal Amer. med. Ass.*, *25 mai 1895*).

Un homme de 36 ans, atteint depuis 19 ans d'une hernie inguinale droite, habituellement maintenue par un bandage, est surpris par un étranglement herniaire. A l'ouverture on trouve le sac et l'intestin également gangreneux ; l'extravasation de matières fécales a provoqué une inflammation phlegmoneuse des tissus ambiants ; il existe aussi de nombreuses adhérences. D. décrit ici minutieusement les diverses manœuvres opératoires que lui imposèrent les lésions pour aboutir à la création d'un anus contre nature par anastomose intestinale latérale au moyen du bouton de Murphy au travers d'une incision latérale droite indépendante de l'incision de la herniotomie. La circulation des fèces s'établit promptement, mais au bout de deux mois le bouton s'étant déplacé, on fut obligé de l'extraire ; un mois après les matières fécales cessent de s'écouler par la fistule. Rechute au bout de 6 mois. Nouvelle laparotomie et suture bout à bout avec le bouton de Murphy. Guérison opératoire. Le malade ne tarde pas à succomber. L'autopsie démontre que la mort fut indépendante des diverses et multiples interventions chirurgicales. A l'examen des pièces, on voit que les différents points d'union des intestins sont parfaits ; les cicatrices sont linéaires, à peine plus épaisses que les parois normales de l'intestin dont la lumière en ces points est également normale. CART.

Deux observations de variétés exceptionnelles de la hernie inguinale congénitale, par Gérard MARCHANT (*Revue d'orthop.*, *1er juillet 1895*).

Ces deux cas, observés par M., se rapportent l'un à une hernie enkystée de la tunique vaginale chez un homme de 55 ans, l'autre à une hernie pré-inguinale (Le Fort) avec ectopie testiculaire et malformation de la tunique vaginale chez un homme de 51 ans. CART.

Études d'étiologie et de pathogénie de l'iléus basées sur 30 cas traités, par Johan NICOLAYSEN (*Norsk Magazine, Supplém., juin 1895*).

Parmi les causes de l'iléus, les adhérences péritonéales et les troubles de la motilité des parois intestinales sont particulièrement étudiés. Une flexion purement mécanique de l'intestin peut provoquer l'iléus, sans qu'il y ait paralysie dans la partie fléchie ; de même, le pseudo-étranglement peut survenir après la réduction d'une anse gangréneuse, sans qu'il y ait infection péritonéale. Les causes en sont probablement les troubles circulatoires de la musculature de l'intestin. Dans 6 cas, le ballonnement et la paralysie intestinale ont déterminé cette forme d'occlusion. Dans 2 cas de coprostase, des calculs rénaux ont paru être la cause de l'obstruction d'origine réflexe.

Dans la partie consacrée à la pathogénie, l'auteur étudie les anomalies que présentent les matières fécales au-dessus de l'étranglement : elles ne contiennent qu'une ou deux espèces microbiennes, parfois virulentes, des toxines et des gaz, dont l'hydrogène sulfureux.

Il résulte du rapprochement de 31 autopsies, que l'iléus produit les formes les plus diverses d'altérations péritonéales et que la gangrène intestinale peut n'être accompagnée que de lésions péritonéales insignifiantes. La fréquence de la gangrène était de 85 0/0.

La dernière partie du travail est consacrée à la bactériologie de l'infection péritonéale dans l'iléus. Dans 9 cas, avec intestins non gangréneux, le péritoine était stérile ou contenait des microbes non virulents, tandis que, dans 3 cas avec gangrène, il y avait une fois des staphylocoques dorés, et deux fois des coli-bacilles. D'après les expériences de l'auteur, le choléra herniaire serait dû, en partie, aux toxines du coli-bacille.

L'auteur a réussi à vacciner des cobayes et des lapins contre le bacterium coli et il opéra des étranglements artificiels sur ces derniers, qui, 8 fois sur 11, supportèrent un étranglement de dix à vingt-sept heures. Cependant, la vaccination n'aurait qu'une importance restreinte, car d'autres microbes que le coli-bacille peuvent intervenir et de plus la paralysie intestinale sans infection peut occasionner la mort.

H. FRENKEL

Ueber die Entstehung von Darmstenose nach Brucheinklemmung, par MAASS (*Berlin. klin. Woch., n° 3, p. 60, 21 janvier 1895*).

Femme de 47 ans, ayant depuis dix ans, une hernie inguinale gauche et, depuis moins de temps, une inguinocèle droite. Elle n'a jamais porté de bandage et n'a jamais été gênée par ses hernies jusqu'au 24 novembre 1893, où la gauche s'est étranglée brusquement; le jour même ont débuté les vomissements. Etat le 25 : apyrexie, 68 pulsations; vomissements bilieux répétés. Aucune sensibilité du ventre qui est modérément ballonné. Dans l'aine gauche, hernie de la grosseur du poing, de consistance assez molle, et irréductible, même sous le chloroforme. Kélotomie. Le sac herniaire contenait un fragment assez considérable d'épiploon qui fut réséqué et une anse grêle de 20 centimètres de long ; peu de liquide. Le débridement de l'orifice fut très difficile à cause de l'étroitesse extrême de l'anneau constricteur. L'intestin était cyanosé par places, mais n'offrait pas d'aspect inquiétant; les sillons d'étranglement fort marqués disparurent assez vite, de sorte qu'on n'hésita pas à replacer

l'anse dans la cavité abdominale. Guérison apyrétique. Selles spontanées à partir du troisième jour ; réunion par première intention au bout d'une huitaine. Les jours suivants, il survint de la diarrhée, puis une constipation rebelle aux purgatifs et aux lavements. Quatorze jours après l'opération, apparition de phénomènes d'occlusion intestinale qui augmentèrent rapidement. Chaque fois que la malade avait un accès de coliques, il se formait, toujours dans le même lieu, immédiatement à gauche du nombril, une tumeur sonore, qui bientôt disparaissait au milieu de gargouillements en même temps que cessaient les douleurs abdominales. A partir du 16 décembre, commencèrent de fortes nausées et de fréquents vomissements. Laparotomie le 18 décembre. Au lieu correspondant à la tumeur visible extérieurement, se trouvait un paquet d'anses grêles, soudées entre elles et fixées au sommet de la vessie par un cordon de l'épaisseur d'une plume. Ce cordon sectionné et les adhérences décollées, on découvrit une anse d'intestin de 20 centimètres coudée en S et atrophiée. On la réséqua ; les deux bouts furent unis par leurs muqueuses et leurs séreuses, puis réduits, enveloppés dans une bande de gaze iodoformée dont l'extrémité était maintenue hors de l'angle inférieur de la plaie, suturée sur le reste de sa longeur. Ablation du tampon au bout de trois jours. Guérison sans incidents. Le 24 décembre, première garde-robe provoquée par de l'huile de ricin ; dès lors, selles régulières et spontanées.

L'anse réséquée a une longueur de 19 centimètres et demi ; le bout supérieur afférent de l'intestin est très dilaté (7 centimètres) et hypertrophié, le bout efférent n'a que 5 centimètres et demi de circonférence. La portion intermédiaire coudée en S et rétrécie a une circonférence de $2^{cm},8$ extérieurement, de 2 centimètres et demi intérieurement et des parois très amincies. Les courbures de l'S sont soudées entre elles par des fausses membranes calleuses dues à l'épaississement de la séreuse enflammée et du mésentère atrophié. La muqueuse de l'S est complètement lisse, atrophiée et immobile sur le tissu sous-jacent. Sous le microscope, on n'y distingue plus vestiges ni de villosités, ni de glandes. Du tissu conjonctif jeune abonde dans la couche sous-muqueuse. Les tuniques musculeuse et séreuse sont bien conservées, celle-ci épaissie et traversée par des tractus conjonctifs. Dans toutes les couches de l'intestin, mais surtout à la surface des restes de la muqueuse, infiltration cellulaire dense et, par places, pigment sanguin. Les bouts afférent et efférent n'offrent d'autre anomalie qu'une infiltration partielle de cellules.

Maass ne connait dans la littérature qu'un seul fait comparable, c'est celui de Garré (*Beitr. zur klin. Chir.*, 1892). Jeune homme de 17 ans ; le 15 octobre 1890, en soulevant un fardeau, l'inguinocèle gauche qu'il avait depuis un an s'étrangla. Dès le même soir, vomissements bilieux. Vaines tentatives de taxis. Le lendemain, herniotomie. On trouve un sac propéritonéal contenant de l'épiploon qu'on résèque et une anse d'un bleu noir, longue de 20 centimètres. Après incision d'un deuxième anneau très étroit, l'intestin put être dégagé puis réduit. Au bout de deux jours, garde-robes profuses suivies bientôt d'une diarrhée opiniâtre pendant huit jours. Exeat le dix-huitième jour. Rentrée six semaines plus tard pour phénomènes d'étranglement interne. Le 19 décembre, laparotomie et résection d'une anse intestinale recourbée en forme d'S et rétrécie sur une grande étendue. Le 16 janvier suivant, exeat définitif. L'anse réséquée présentait les mêmes particularités que ci-dessus, sauf que l'atrophie, au lieu d'être bornée à la muqueuse, intéressait aussi le tissu sous-muqueux et la majeure partie de la musculeuse qui étaient remplacés par du tissu conjonctif cicatriciel.

Pour élucider le mécanisme de cette forme si rare de rétrécissement cicatriciel à la suite d'étranglement herniaire, Maass a fait des expériences sur des lapins qui lui ont appris que le seul moyen d'obtenir un rétrécis-

sement canaliculé est d'obturer les artères mésentériques ; quand on se contente d'empêcher l'écoulement du sang veineux, on ne constate aucune lésion à l'autopsie. J. B.

De la voie vaginale dans la résection du rectum pour rétrécissement non cancéreux, ou colpoproctectomie, par Wladimir HERZEN (*Revue méd. Suisse romande, XIV, n° 12, p. 687 et 692*).

Femme de 36 ans, n'ayant été soulagée que temporairement par la dilatation forcée et la rectotomie interne. Son rétrécissement, qui date de trois ans, siège à la limite de la portion ano-rectale et ne laisse pas passer le petit doigt ; point d'ulcération dans la partie accessible. Opération le 11 mars 1894. Dilatation forcée de la partie anale du rectum, suivie d'un grand lavage au sublimé ; désinfection du vagin, puis incision courbe de 8 centimètres, à la limite de la peau périnéale et de la muqueuse vulvaire ; hémostase ; décollement avec le doigt ou avec des instruments mousses de la paroi recto-vaginale jusqu'au cul-de-sac postérieur. Ce dédoublement ne donnant pas assez de jour, Herzen fend, de bas en haut, sur la ligne médiane, toute la paroi postérieure du vagin. Le rectum, une fois isolé, est sectionné transversalement à 3 centimètres au-dessus du sphincter anal. La partie rétrécie est alors saisie avec une pince introduite par l'anus dilaté ; nouvelle section transversale du rectum à 3 centimètres au-dessus du rétrécissement. Bout supérieur du rectum fixé à l'inférieur par deux plans de sutures. Suture des deux lambeaux vaginaux, en ayant soin de charger sur l'aiguille le tissu conjonctif recouvrant la face antérieure du rectum. Suture, au crin de Florence, de la peau et de la muqueuse vulvaire. Tube de caoutchouc dans le rectum. Tamponnement de gaze iodoformée du rectum et du vagin.

L'opérée a été revue trois mois après l'opération ; garde-robes régulières sans efforts, ni douleurs ; parois rectales partout normales. J. B.

Rétrécissements cylindriques du rectum d'origine tuberculeuse, par SOURDILLE (*Bull. Soc. anat., décembre 1894, Archives gén. de méd., mai, juin, juillet 1895, et Thèse de Paris, 1895*).

L'auteur étudie spécialement, non les rétrécissements cicatriciels d'ulcères tuberculeux, constitués par une simple bride, mais les rétrécissements cylindriques et annulaires, analogues au rétrécissement dit syphilitique. Il a pu en réunir 7 observations, les unes complètes, les autres ne contenant qu'un examen anatomique, dans lesquels le diagnostic a pu être formulé, et confirmé par l'examen histologique et bactériologique et montre qu'un certain nombre d'observations intitulées rétrécissements syphilitiques du rectum, doivent être rectifiées et portées à l'actif de la tuberculose.

Dans un cas type, on notait un épaississement notable des tuniques rectales, dépassant un centimètre, avec induration très accentuée ; l'épithélium cylindrique était remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié ; au dessous le derme muqueux était infiltré par des cellules embryonnaires ; la couche sous-muqueuse se confond sans ligne de démarcation avec la muqueuse elle-même ; elle consiste en une couche épaisse de tissu conjonctif fibreux, très pauvre en capillaires, ces vaisseaux sont entourés de cellules embryonnaires qui forment de vrais nodules ; on trouve au milieu de cette couche sous-muqueuse des tuber-

cules composés de cellules embryonnaires avec cellules épithélioïdes au centre, des cellules géantes.

La tunique musculaire avait disparu, absorbée par la sous-muqueuse. Il y avait donc une rectite hypertrophique et sclérosante, d'origine tuberculeuse, et des inoculations à un cobaye amenèrent sa mort par tuberculose généralisée. Dans un autre cas la vascularisation était au contraire très accentuée, mais il y avait des signes nets de périphlébite, et de périartérite ; dans ce cas il y avait une infiltration diffuse de cellules embryonnaires avec follicules tuberculeux très nombreux, la muqueuse était restée presque normale.

L'auteur établit un rapprochement entre les typhlites et les rectites tuberculeuses, affections se produisant chez des sujets jeunes, primitivement locales, essentiellement caractérisées par une énorme infiltration des parois de l'intestin, surtout de la sous-muqueuse, avec rétrécissement du canal, et la rareté des follicules tuberculeux ; évolution clinique analogue, donnant l'impression d'une tumeur, plutôt que d'une production bacillaire. Il admet que la tuberculose doit être incriminée dans le quart ou le tiers des cas de rétrécissement du rectum ; elle se montre de 15 à 35 ans, aussi fréquente chez les hommes et chez les femmes, le plus souvent elle est primitive, secondaire elle est le plus souvent consécutive à une tuberculose de voisinage (intestin, cæcum, verge, anus).

Au point de vue anatomique, on peut distinguer 3 périodes : 1° infiltration ; 2° organisation de l'infiltration ; 3° sclérose. Cliniquement, le rétrécissement tuberculeux présente les signes de toutes les sténoses rectales ; il y a d'ahord une période de rectite, puis une de transition ou latente, puis une dernière de sténose confirmée.

Première période : surtout consistant en troubles fonctionnels, douleurs, épreintes, ténesme, avec constipation et surtout rectorragie, se reproduisant assez fréquemment ; au toucher, rectum boursouflé, ou à surface inégale avec bourgeons mous ; on croit à une dysenterie, durée variable de 5 semaines à 1 an ;

Deuxième période : avec ou sans traitement, les malaises s'atténuent pendant 2 à 5 ans.

Troisième période : la défécation devient laborieuse, s'accompagne de pus sanguinolent ou d'abcès à la marge de l'anus ; il y a des crises de débâcles abondantes. Le toucher montre le sphincter contracturé, le rétrécissement siège le plus souvent juste au-dessus de l'anus, ou dans l'ampoule, rétrécissement en couloir ou en entonnoir, haut de 6 à 8 centimètres, à parois rigides irrégulières, recouvertes de mamelons durs ou élastiques, saignant facilement.

Le rétrécissement non traité tend constamment à s'étendre en hauteur, et gagne la vessie et la prostate ; c'est le meilleur signe pour le différencier du rétrécissement syphilitique. Alors surviennent lés phénomènes d'obstruction intestinale ou la cachexie due à la tuberculose généralisée.

Au point de vue du traitement, l'auteur préconise soit l'extirpation par la méthode de Kraske, si le rétrécissement est inférieur ou circonscrit, soit l'anus artificiel, si la lésion est située haut. H. L.

Prolapsus rectal : rectopexie postérieure avec périnéorraphie et avancement de l'anus, par LATOUCHE (*Arch. prov. de chir., p. 204, mars 1895*).

L'auteur, dans l'opération qu'il rapporte et qui semble lui avoir donné un succès, a combiné les différents procédés de fixation et de soutien dont on peut disposer, multipliant ainsi les précautions pour obtenir un résultat durable. Le raccourcissement de la muqueuse lui paraît un adjuvant utile, mais il attache surtout de l'importance, après la fixation au rectum par les sutures périnéo-coccygiennes, à la réfection du périnée et à l'avancement de l'anus, parce que cette sangle périnéale lui paraît être, pour le sphincter rectal, l'auxiliaire le plus indispensable dans le soutien des prolapsus. VERCHÈRE.

Murphy's button, par F. TREVES (*The Practitioner, juin 1895*).

T. a eu trois fois l'occasion de recourir au bouton de Murphy. Dans le premier cas il s'agissait d'un rétrécissement par épitheliome du côlon chez une femme de 51 ans. L'anastomose fut faite entre le côlon transverse et la courbure sigmoïde; l'opération dura 15 minutes. Au bout de 6 jours, l'intestin fonctionnait et le bouton était évacué le 8e jour. Amélioration très notable dans l'état général de la malade.

Le second cas fut moins heureux : il s'agissait d'une obstruction du pylore, suite de compression exercée par une tumeur maligne de la tête du pancréas chez un homme de 50 ans. Mort deux jours après l'intervention. A l'autopsie, on trouve le bouton bien fixé en bonne position, sans aucune trace de péritonite.

Le troisième cas concerne une femme de 48 ans atteinte d'un épitheliome du pylore. Gastroentérostomie; bouton de Murphy. Résultats satisfaisants.

CART.

Colectomy, par F. PAUL (*Brit. med. Journ., p. 1136, 25 mars 1895*).

De 7 observations de colectomie qu'il rapporte en détail, Paul tire les conclusions suivantes :

L'opération de la colectomie, pour les tumeurs de l'intestin, offre d'autant plus de chances que le diagnostic a été fait de bonne heure. Presque toujours les phénomènes de douleur, de tympanite et de vomissements en rapport avec l'obstruction intestinale incomplète sont pris pour de la dyspnée simple.

Les jeunes sujets qui ont des garde-robes sanguinolentes et chez lesquels la tumeur est appréciable à la palpation, sont ceux qui comportent le pronostic le plus grave : on peut enlever leur tumeur, mais elle récidive presque toujours. Les cas opératoires les meilleurs sont ceux dans lesquels l'épithéliome est annulaire et circonscrit, sans tendance à la généralisation.

Quand l'état général est bon et la tumeur petite, le meilleur procédé opératoire est l'excision d'une partie de l'intestin avec la réunion immédiate au moyen du bouton de Murphy. Dans le cas contraire, il faut pratiquer l'opération de la façon suivante :

1° Explorer sur la ligne médiane de façon à localiser le point rétréci de l'intestin.

2° Faire une incision libre au niveau de la tumeur ainsi localisée.

3° Lier le mésentère avec une aiguille à anévrismes de façon à isoler complètement la tumeur.

4° Faire saillir hors de l'abdomen l'anse intestinale contenant la tumeur et suturer les deux feuilles du mésentère.

5° Lier légèrement un tube de verre à drainage dans l'intestin au-dessus et au-dessous de la tumeur, et réséquer l'anse malade.

6° Fermer les bords de la plaie avec un fil de soie en traversant toutes les couches de la paroi abdominale.

Le second temps de l'opération, qui consiste à enlever l'éperon intestinal par une entérotomie, se fait 3 semaines après environ. H. R.

The diagnosis of retroperitoneal sarcoma, par LOCKWOOD (*Brit. med. Journ., p. 1095, 18 mai 1895*).

Lockwood insiste sur la difficulté de diagnostiquer avant la laparotomie, les tumeurs malignes rétropéritonéales qui si, le diagnostic était fait, contre indiqueraient toute opération. Il cite deux faits de ce genre, où l'affection semblait être un volumineux kyste ovarique à parois épaisses, et où il s'agissait de sarcome myxomateux ayant la consistance de la gélatine, enclavé dans les replis du mésentère. Il faut remarquer que dans ces cas la sonorité produite par les intestins refoulés est très superficielle, et de plus qu'elle est variable, suivant le degré de variété ou de distension gazeuse des anses intestinales.

Hugh *Beevor*, dans un cas de ce genre, a eu une sensation analogue à celle du frémissement hydatique.

Snow considère ces tumeurs rétropéritonéales comme formées aux dépens des rudiments congénitaux du corps de Wolff. H. R.

Des infections urinaires, par BAZY (*Arch. gén. de med., jüin 1895*).

Un homme de 70 ans, se plaignant de quelques cuissons en urinant, et de besoins d'uriner plus fréquents est sondé avec une sonde métallique ; on ne trouve rien d'anormal, le soir il remarque quelques gouttes de sang sur sa chemise ; le lendemain 10 janvier, 48 heures après, violent frisson qui se renouvelle le 11 et le 12.

Le 14, verge et périnée indolents, la vessie se vide bien, prostate indemne ; l'urine contient un peu d'albumine et du sucre (depuis fort longtemps le malade était glycosurique) ; le 16, léger œdème du sérotum et du prépuce, le 5 février on note une tuméfaction notable du périnée remontant à 3 jours, ayant envahi les bourses et la verge avec deux points de sphacèle ; malgré de larges incisions, et l'élimination de tissu cellulaire sphacélé, le malade succomba le 14 février avec des troubles cardiaques très intenses, pas une goutte d'urine n'était sortie que par les voies naturelles.

Bazy voit là un fait de plus à l'appui de la thèse de la gravité des interventions les plus minimes chez les diabétiques, il insiste surtout sur le rapprochement à faire entre ces phénomènes dus à une infection des voies urinaires et ceux dus à une infection des voies respiratoires, digestives, etc. ; ces accidents, appelés autrefois fièvre urineuse, sont absolument indépendants de l'urine, et dus exclusivement à l'entrée de germes infectieux. H. L.

Néphrolithotomie et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein. Extirpation d'un calcul de 160 grammes suivie de la néphrectomie, par DURET, rapport de LE DENTU (*Bull. Académie de méd., 19 mars 1895*).

Dans cette observation, qui concerne une femme vigoureuse de 41 ans, les deux symptômes principaux de l'affection étaient une tumeur volumineuse de l'hypocondre droit et du flanc et une pyurie, d'abord intermittente, puis continue. L'incision lombaire faite, on reconnut l'existence d'un gros calcul ramifié, très adhérent, qui fut d'abord enlevé, et le rein fut ensuite extirpé.

Duret discute la conduite que l'on doit tenir en pareil cas à l'égard du calcul et du rein et formule certaines conclusions que le rapporteur accepte en les reproduisant avec quelques modifications. Ces conclusions sont les suivantes :

Lorsqu'il n'existe pas de suppuration du bassinet, la néphrolithotomie peut suffire, à condition que la pierre ne soit pas assez volumineuse pour avoir sérieusement porté atteinte à l'intégrité du tissu rénal, ce qui a lieu à peu près infailliblement lorsque le calcul atteint 5 à 6 centimètres dans le sens longitudinal ou dépasse cette limite.

Si la pierre coraliforme est volumineuse et compliquée d'une pyonéphrose considérable et ancienne, il sera le plus souvent impossible de recourir à une néphrectomie d'emblée. Il faut alors opérer par temps successifs qui sont : l'incision large du bord connexe, le broiement *in situ* de la pierre, la néphrectomie totale. OZENNE.

Note sur un cas de phlegmon périnéphrétique à pus stérile, par ROGER et BAMCET (*Soc. méd. des hôp., 5 juillet 1895*).

Un homme de 45 ans, a éprouvé, il y a quelques années, de vives douleurs à l'hypochondre gauche, pendant quelques jours, puis il y a 3 mois (depuis un mois, retour des douleurs et accès de fièvre, quotidiens vespéraux, avec santé parfaite dans l'intervalle.) le frisson était très intense, la période de chaleur et celle de sueur n'étaient pas constantes ; dans le flanc gauche on trouvait une grosse tumeur occupant la région splénique. Pas d'hématozoaires dans le sang. La quinine et l'antipyrine échouèrent ; soudain, 3 semaines après l'entrée à l'hôpital, le malade urina du pus, et le soir il n'y eut pas de fièvre. Une large incision amena l'issue de 2 litres de pus ; au fond on trouva le rein normal et une fistule entre l'abcès et le bassinet. Guérison en 15 jours. Le pus ne contenait aucun microbe. H. L.

Calcul de la vessie pesant 48 grammes chez une femme de 80 ans; cystite concomittante; taille vésico-vaginale; guérison sans fistule, par E. OZENNE (*Journ. méd. Paris, 5 mai 1895*).

Femme de 80 ans. Expulsion spontanée d'un calcul vésical il y a six ans. Depuis six mois, symptômes de cystite et hématuries; par le cathétérisme on perçoit un calcul qui semble dur, mobile et peu volumineux. Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises et l'urètre dilaté par l'introduction de bougies de Hégar, on essaye en vain de le saisir avec des tenettes; l'extrémité des branches glisse à sa surface. La taille vésico-vaginale est pratiquée suivant le procédé ordinaire et fait reconnaître que la pierre, située à la partie postéro-supérieure de la vessie, est fixée immobile et plaquée sur la muqueuse qui en recouvre la périphérie dans une étendue de 2 à 3 millimètres. Aussi, pour la mobiliser, est-il nécessaire d'engager l'extrémité de l'index entre le

bourrelet muqueux et l'un de ses bords, puis, peu à peu, de la détacher de la muqueuse à laquelle elle tenait par toute sa face postérieure. Une fois libre la pierre est facilement extraite par l'incision. Drainage de la plaie pendant six jours. Irrigations vésicales quotidiennes et guérison sans fistule en trois semaines.

Cette pierre pesait 45 grammes, mesurait 44 millimètres en longueur et 32 millimètres en largeur. Sa face libre était lisse et sa face adhérente rugueuse et granuleuse à grains.

Remarks on the mortality of the various operations for the removal of vesical calculus, par Gilbert BARLING (*Brit. med. Journ.*, *p. 523*, *9 mars 1895*).

Voici cette statistique :

Litholapaxie..........	: 300 cas,	21 morts;	mortalité 8 0/0.
Lithotomie suspubienne	: 169 cas,	26 morts;	— 15 0/0.
Lithotomie latérale....	: 96 cas,	6 morts;	— 5 1/2 0/0.
Lithotomie médiane...	: 48 cas,	6 morts;	— 12 0/0.

H. R.

Un cas d'uretérite suivi d'abcès dans l'espace prévésical de Retzius, par SNYERS (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 février 1895*).

Ce fait intéressant a été observé sur un jeune homme de 19 ans qui, atteint de gravelle, eut un jour une hématurie de moyenne intensité à la suite de laquelle survinrent des douleurs dans la fosse iliaque droite avec anurie temporaire. Ces douleurs s'accrurent de jour en jour en s'irradiant dans tout le ventre et en s'accompagnant de fièvre, de ballonnement du ventre, de vomissements et d'œdème bi-malléolaire. Les urines étaient normales. Au toucher rectal, une tumeur assez considérable englobait la vessie et plus étendue à droite.

Une incision fut pratiquée au-dessus du pubis, et à 6 centimètres de profondeur on découvrit une collection d'urine et de pus qui contournait la vessie et présentait un prolongement du côté de l'uretère droit. Lavage et drainage de la plaie; pendant 6 jours écoulement abondant d'urine mélangée de pus et de débris sphacélés, puis cicatrisation très lente durant laquelle parurent deux accès de coliques suivis d'émission abondante de cristaux uratiques par les voies normales. Guérison complète quatre mois après l'opération,

Pour l'auteur il s'agit dans ce cas d'une crise de gravelle avec hématurie ayant donné lieu à une obstruction passagère de l'uretère droit au voisinage de la vessie, obstruction produisant une ulcération fistuleuse de l'uretère et suivie de phlegmon urineux autour de la vessie jusqu'à l'espace prévésical.

OZENNE.

Cystostomie sus-pubienne temporaire pour gros calcul vésical avec accidents infectieux, par L. BÉRARD (*Arch. prov. de chir.*, *p. 329*, *mai 1895*).

J. F..., 55 ans. Troubles urinaires remontant à 2 ans. Hématuries légères en 1893, sous l'influence de secousses, de chocs. Quelques mois après, troubles dans les urines, douleurs pendant la miction. On constate alors de l'infection vésicale avec fièvre et troubles digestifs. A la suite de lavages, le malade rend un calcul mousse, assez dur, du volume d'un haricot. Nouveaux phénomènes d'infection en 1894, envies fréquentes d'uriner, urines boueuses. Le malade entre à l'hôpital avec un facies fièvreux, langue sèche. T. 39.

Concrétions dures dans les parties prostatiques de l'urètre. On peut cependant arriver dans la vessie où on trouve un calcul résistant au contact et

volumineux. Prostate propre et douloureuse, urines fétides. Pas de phénomènes sérieux.

Cystostomie sus-pubienne. Extraction d'un calcul long de 6 centimètres sur 4 de large. Suture de la muqueuse aux bords de la plaie, suites simples. 25 jours après le malade reprend ses occupations. F. VERCHÈRE.

I. — Zur Frage der Nierenexstirpation bei Ureterscheiden- und Uretergebärmutterfistel, par A. MACKENRODT (*Berlin. klin. Woch., n° 51, p. 1149, 17 décembre 1894*).

II. — Ueber Harnleiterscheidenfisteln, par E. BUMM (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte, n° 4, p. 97, 15 février 1895*).

III. — Ueber Heilung einer Ureterverletzung, par VEIT, et discussion (*Berlin. klin. Woch., n° 53, p. 1205, 31 décembre 1894*).

I. — Femme de 41 ans; à la suite d'une application de forceps, vaste déchirure du côté droit du col et incontinence d'urine. Cicatrice du col remontant jusqu'à l'orifice interne au-dessus duquel l'uretère droit débouchait largement dans la cavité utérine. Mackenrodt extirpa le cul-de-sac vaginal droit, complètement transformé en tissu cicatriciel, et enleva l'utérus ; puis, ayant isolé l'uretère, le sutura dans l'angle droit de la plaie vaginale et referma le péritoine. Cette fistule uretéro-vaginale fonctionna très bien et l'on put remarquer qu'elle donnait beaucoup plus d'urine que le rein gauche sain. Le trente troisième jour, Mackenrodt fit une nouvelle opération, consistant à fixer dans la vessie la fistule uretéro-vaginale. En se basant sur ses deux opérations antérieures de fistule uretéro-vaginale traitées de la même façon, il conclut qu'en cas d'incontinence d'urine par lésion de l'uretère, il n'y a plus lieu d'extirper le rein.

II. — Bumm a trouvé dans la littérature 68 cas de fistule uretéro-vaginale ; 31 étaient d'origine puerpérale, dont 18 consécutives au forceps ; 20 étaient le résultat d'une ablation de l'utérus. 22 sont restées incurables ; 26 ont été guéries sans mutilation ; quant aux 20 restantes, 13 ont exigé la néphrectomie et 7 l'oblitération du vagin.

Femme de 30 ans ; application de forceps à son cinquième accouchement. L'introduction de la deuxième branche provoque dans le côté droit une violente douleur qui persiste après l'extraction de l'enfant. Le lendemain, apparition d'une petite tumeur qui disparut le troisième jour quand la malade commença à perdre de l'urine. Etat, dix semaines après l'accouchement : fistule urinaire débouchant dans le cul-de-sac vaginal droit; vessie normale. La fistule se présentait sous forme d'une fente à parois rigides et cicatricielles. Bumm l'opéra en combinant les procédés de Duclout, de Landau et de Schede. Mais huit jours après sa première opération, Bumm s'aperçut qu'entre l'orifice de l'uretère et l'ouverture vésicale il restait un éperon qu'il sectionna ; il sutura ensuite la muqueuse vésicale à la paroi latérale de l'uretère. Enfin, dans une troisième opération, effectuée au bout d'une nouvelle semaine, il acheva la cure de la fistule. Le traitement entier exigea trois mois, mais plus de deux mois avaient été employés à rendre la fistule accessible.

III. — Veit a blessé deux fois les uretères aux cours d'opérations pour salpingite suppurée. Dans le premier cas, il sutura l'uretère blessé à la plaie abdominale, se proposant de l'aboucher ensuite dans la vessie, mais la malade succomba à l'infiltration d'urine. Fait curieux : à la suite de la laparotomie, cette femme n'avait rendu d'urine que par l'uretère lésé, le rein sain ne fonctionnant plus du tout, comprimé qu'il était par la rétrac-

tion cicatricielle du ligament large; à l'autopsie, il existait de la pyélite suppurée du côté lésé. Dans l'autre cas, Veit a sauvé la femme, en tirant l'uretère par l'extrémité inférieure de la plaie de la laparotomie et en ouvrant la vessie dans laquelle il le sutura après l'avoir sectionné obliquement.

Dans la discussion, *Olshausen* dit avoir lésé les deux uretères au cours d'une double ovariotomie pour cancer. L'un des uretères se trouva pris parce que la tumeur était intraligamenteuse ; de l'autre côté, où il n'en était pas ainsi, l'uretère fut compris dans le pédicule et sectionné entre deux ligatures. Olshausen le sutura dans la vessie sur une sonde de Nélaton, mais la suture se défit au bout d'un jour et demi et la femme succomba. J. B.

Fistule traumatique du rein guérie par l'excision intraparenchymateuse du trajet et par la suture, par DEBAISIEUX (*Ann. Soc. belge chir., 15 juillet 1895*).

Jeune homme ayant reçu un coup de poignard dans la région lombaire, à la suite duquel s'établit une fistule urinaire. Trois mois après l'accident, l'opération suivante fut pratiquée : Le long de la masse sacro-lombaire incision des téguments et au-dessous de l'aponévrose antérieure du carré lombaire, incision de la capsule du rein, qui est épaissie. Au-dessous on trouve une cavité, à parois irrégulières, à laquelle aboutit le trajet fistuleux. Isolement du rein, ce qui est assez pénible à cause d'adhérences, et sur la face postérieure du rein, près du bord connexe, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, on voit l'orifice fistuleux qui laisse pénétrer un stylet, à quatre centimètres de profondeur, dans la direction du hile.

La compression digitale étant faite à ce niveau, on excise un fragment de parenchyme rénal en forme de coin, ayant le stylet pour centre. Ce coin mesure à sa base trois centimètres de longueur, un centimètre d'épaisseur et deux centimètres et demi de profondeur. Réunion de la plaie par six sutures au catgut ; réintégration de l'organe dans sa loge ; excision du trajet cutané fistuleux ; quelques sutures cutanées et drainage. Après quelques semaines de suppuration, cicatrisation et guérison complète. OZENNE.

De l'urétrostomie périnéale ou création méthodique d'un méat contre nature dans les rétrécissements incurables de l'urètre, par A. PONCET (*Archives prov. de chir., p. 81, février 1895*).

Cette opération a pour but la création méthodique, au périnée, d'un méat contre nature. Elle vise les rétrécissements incurables avec les méthodes habituelles de traitement. Elle trouve ses indications dans les rétrécissements étendus, scléreux, multiples de l'urètre ; chez les vieux rétrécis ayant déjà subi une ou plusieurs urétrotomies ; ceux qui sont devenus des urinaires ascendants, etc.

Toute partie de substance étendue du canal, rupture ou arrachement de la muqueuse, exposant à un rétrécissement indique cette opération.

Comme technique opératoire, elle se confond dans ses premiers temps avec l'urétrotomie externe, puis suivant le siège des parties rétrécies on sectionnera le canal perpendiculairement à sa longueur, soit immédiatement en arrière d'elles, soit dans la continuité du rétrécissement, soit en avant de lui. On devra disséquer un bout postérieur de 12 à 15 millimètres, de façon à en créer un méat contre nature. Sur 16 opérés,

16 guérisons sans complication. Le résultat définitif est excellent à condition de maintenir, par une dilatation facile et faite de temps à autre, les dimensions du nouveau méat.

L'urétrotomie périnéale rend le cathétérisme facile chez les prostatiques et les met ainsi à l'abri des accidents si communs d'empoisonnement urinaire. F. VERCHÈRE.

Polypes de l'urètre et de la vessie (sarcome) : excision par l'urètre et par la cystotomie sus-pubienne; guérison, par DESGUIN (*Annales Soc. belge chir., 15 janvier et 15 février 1895*).

Ce polype, observé sur une jeune fille de 17 ans, s'implantait sur toute la paroi latérale droite de l'urètre en s'étendant du méat à la vessie; par le toucher vésical, d'une exécution facile à cause de la dilatation de l'urètre, on percevait un second polype allongé, sessile, gros comme une aveline et implanté au niveau du col ou même au-dessus. Pour remédier aux troubles fonctionnels (douleurs et incontinence d'urine partielle) l'ablation du polype urétral, en partie gangrené, fut pratiquée et suivie d'un bon résultat; quant à la petite tumeur intravésicale, son extirpation a été ajournée.

Un mois environ après cette première intervention, Desguins constate, la malade endormie, qu'une masse charnue, polypeuse, qui sort par le canal de l'urètre, provient du bas-fond de la vessie et, qu'en outre, il existe une abondante production de même nature du côté gauche (bas-fond, col et muqueuse rétropubienne).

Le polype émergeant est pédiculé au moyen d'un serre-nœud et sectionné au thermo, au ras du serre-nœud; puis, par une incision transversale suspubienne, la vessie est ouverte et, avec les ciseaux et le thermocautère, on enlève une cinquantaine de grammes de polypes, ainsi que la muqueuse dégénérée autour du col en haut et à gauche et sur le bas-fond du même côté. Hémostase par torsion et par pression; suture et drainage de la plaie; pas de sonde à demeure. Le soir de l'opération, légère hémorragie; dès le cinquième jour, la malade peut retenir en partie ses urines, dont une certaine quantité filtre par une fistule suspubienne. A l'examen histologique, les productions sont constituées par du sarcome développé aux dépens de la tunique musculaire de la vessie. OZENNE.

De l'épispadias chez la femme, par MERCIER (*Revue d'orthop., 1er septembre 1895*).

Après un bref exposé historique de la quéstion, M. donne l'observation d'un cas authentique de cette difformité qu'il eut l'occasion de voir à l'hospice des Enfants-Assistés et concernant une enfant de 18 mois amenée à la consultation par incontinence d'urine. La malade fut opérée par Kirmisson suivant son procédé d'autoplastie par glissement avec résultat très bon relativement à la difformité mais l'opération resta impuissante à remédier tout à fait à la paresse du sphincter vésical. CART.

De l'urétrotomie interne périnéale, par Ch. AUDRY (*Arch. prov. de chir., p. 334, mai 1895*).

L'urétrotomie interne périnéale ne peut être appliquée qu'aux rétrécissements blennorragiques vulgaires, il faut le restreindre à ceux qui sont infranchissables par le cathétérisme. La technique opératoire est la suivante. Introduction d'une sonde jusqu'au point où elle est arrêtée, incision du péritoine jusqu'à cette sonde, puis incision de l'urètre au-

delà, on essaie d'introduire le conducteur de Maisonneuve, si on ne réussit pas, on incise un peu plus loin et jusqu'à ce que ce conducteur puisse être introduit, puis on fait alors l'urétrotomie comme à l'ordinaire.

Dans deux cas, cette méthode a donné à l'auteur les meilleurs résultats.

F. VERCHÈRE.

I — Ein Beitrag znr Behandlung der Prostatahypertrophie, par W. MANASSE (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 7*, *p. 154*, *18 février 1895*).

— Discussion de la Société médicale berlinoise (*Ibid.*, *p. 155*).

I. — Pour empêcher la stagnation de l'urine dans le bas fond de la vessie chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, Manasse a recours à un dilatateur rectal qu'il fait porter à demeure comme un pessaire utérin. Son instrument est construit de façon à ce qu'il ne lèse pas la muqueuse du rectum et permette l'émission des gaz. Il se compose d'un tuyau de caoutchouc mou, long de 25 centimètres muni d'un ballon de caoutchouc ; une fois l'instrument dans le rectum, on remplit le ballon de glycérine.

II. — *P. Güterbock* objecte que tous les prostatiques ont le rectum plus ou moins malade et que le séjour du dilatateur de Manasse ne manquera pas de provoquer on d'exacerber la rectite.

R. Kutner ajoute que cet instrument est inefficace dans tous les cas où l'hypertrophie de la prostate est limitée aux lobes latéraux.

Goldschmidt, guidé par les mêmes considérations que Manasse, a essayé un instrument analogue, qui était mal toléré, augmentait la strangurie et ne facilitait nullement la miction ; après 5 ou 6 tentatives, il y a renoncé.

J. B.

Du diagnostic et du traitement de la prostatite chronique, par KEERSMAECKER (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 avril 1895*).

Après quelques lignes sur le diagnostic des deux variétés de prostatite chronique, parenchymateuse et interstitielle, qui peuvent s'allier, l'auteur soutient que le massage est la base de leur traitement, exception faite pour celles qui sont d'origine tuberculeuse. Par son action, il y a diminution, puis disparition de l'augmentation de volume de la glande et des sécrétions pathologiques; trois observations sont rapportées en faveur de ce traitement.

OZENNE.

La castration comme remède de l'hypertrophie prostatique, par RAUM (*Nord.*, *Magaz. for Lœgevidenskaben*, *janvier 1895*).

Homme de 57 ans. Difficultés de miction depuis huit ans : rétention absolue d'urine depuis dix jours; prostate symétriquement hypertrophiée, vessie dilatée, cystite intense. Raum pratique la double castration. Au bout d'un mois, le malade commence à retenir ses urines et n'urine que quatre à six fois dans les vingt-quatre heures. La prostate a beaucoup diminué de volume et de consistance. Cinq mois plus tard, il a repris son métier de pêcheur et est pratiquement guéri.

Koren cite un fait analogue. Homme de 66 ans, présentant des symptômes

d'hypertrophie prostatique depuis un an : prostate de 6 centimètres de large et 4 centimètres d'épaisseur. On pratique la double castration. Pendant la première quinzaine qui suit l'opération, on est obligé de vider la vessie avec la sonde. La prostate diminue dès le septième jour, mais le malade ne peut commencer à uriner spontanément que le seizième jour. Trois mois après. la prostate ne mesure plus que 2 centimètres sur 3, et la miction est normale,

H. R.

I. — Seven cases of double castration for relief of enlarged prostate gland, par WALKER (*New York med. Journ., p. 181, 20 avril 1895*).

II. — Double castration for hypertrophy of the prostate, par ALEXANDER (*Ibid., p. 583, 11 mai 1895*).

III. — As to castration for hypertrophied prostate, par William WHITE (*Med. News, p. 596, 25 mai 1895*).

IV. — Castration for the cure of enlarged prostate, par Richmond SPENCER (*Ibid p. 79, 25 mai 1895*).

V. — The results of treatment of hypertrophy of the prostate, par W. WHITE (*Ibid., p. 651, 8 juin 1894*).

I. — De ces sept opérations, trois ont été pratiquées pour des accidents vésicaux ; trois pour remédier à des névralgies des testicules ; et une pour des troubles vésicaux accompagnés de troubles mentaux divers, de manie en particulier.

Tous ces malades, porteurs de prostate volumineuse, ont guéri de l'opération, et des affections pour lesquelles elle avait été pratiquée.

II. — Alexander critique l'opération. Presque toujours, lors d'hypertrophie prostatique existe de la sclérose des vaisseaux de la vessie, et l'atrophie de la prostate entraînée par la castration est sans effet sur cette sclérose. Cette atrophie prostatique ne restituera pas aux parois de la vessie la tonicité qui dans bien des cas a disparu : l'emploi du cathéter restera donc encore obligatoire. Quant à la diminution de volume de la prostate, elle est peut-être due à une action trophique, mais bien plutôt à l'évacuation régulière de la vessie, du repos au lit, etc., en réalité, on se trouve en présence non point d'une atrophie de l'organe, mais plutôt de décongestion, de disparition d'œdème de la prostate.

III. — Plaidoyer en faveur de l'opération : réponse à la critique d'Alexander.

IV. — Opération pratiquée chez un homme de 64 ans, très affaibli, très émacié, et chez lequel on avait dû, trois mois auparavant, retirer une sonde de la vessie par une urétrotomie médiane postérieure Amélioration sensible dans l'état de la vessie, et diminution très marquée de la prostate.

V. — Les objections théoriques formulées contre la castration double ne sont plus fondées aujourd'hui. Dans un grand nombre de cas (87 0/0) l'atrophie de la prostate suit l'opération : la cystite plus ou moins ancienne disparaît (dans 52 0/0 des cas), la vessie recouvre sa contractilité, les plus graves symptômes sont améliorés ou guéris dans 83 0/0 des cas. Enfin, dans plus de 40 0/0 des cas, les fonctions urinaires sont ramenées à l'état normal.

Sur 111 opérés, on compte 20 morts : cette mortalité n'est en réalité que de 7 0/0 car 13 des sujets morts étaient, au moment de l'opération, dans un état des plus graves.

La castration unilatérale s'accompagne de l'atrophie unilatérale de la prostate : à ce titre elle doit être étudiée : peut-être chez certains malades cette mutilation serait-elle suffisante. MAUBRAC.

An enlarged prostate gland eighteen days after bilateral castration, par Joseph GRIFFITHS (*Brit. med. Journ., p. 579, 16 mars 1895*).

Homme de 74 ans, souffrant de rétention d'urine et de cystite chronique douloureuse depuis deux ans avec nécessité du cathétérisme depuis cette époque. La prostate avait le volume d'une mandarine. Castration double, le 16 novembre. Le lendemain, peu d'urine dans la vessie et beaucoup de douleurs lombaires. Le surlendemain, un peu plus d'urine, avec diminution de douleurs lombaires : au bout d'une semaine, il commence à uriner sans cathéter, et les souffrances sont moindres. Mais, vers le quinzième jour, survient du délire, l'artère poplitée s'oblitère et le malade succombe, le 3 décembre, à une gangrène de la jambe.

A l'autopsie, hydronéphrose du rein droit. La prostate, encore très grosse, renferme des ecchymoses interstitielles : on y voit des dilatations kystiques glandulaires et une sclérose fibreuse manifeste. Les cellules épithéliales glandulaires sont presque toutes dégénérées et graisseuses. En un mot, il y a une tendance à l'atrophie glandulaire et à la transformation scléreuse.

Des expériences faites sur des chiens, il résulte que la prostate n'a de chance de s'atrophier après la castration que quand sa structure glandulaire s'est maintenue et qu'elle n'est pas devenue scléreuse. L'auteur en conclut que, chez l'homme, l'opération ne peut avoir de valeur que si l'hypertrophie prostatique a laissé intacte la structure glandulaire de l'organe : si elle est composée de tissu fibreux, la castration ne la diminuera pas. H. R.

Castration for enlarged prostate, par W. THOMSON, WALKER et FLEMING (*Brit. med. Journ., p. 1145, 25 mai 1895*).

J. âgé de 65 ans, atteint depuis deux ans d'incontinence d'urine puis de rétention récente ; hypertrophie prostatique énorme. Cathétérisme, lavages boriqués de la vessie. Le cathétérisme devenant trop difficile, Fleming pratique la castration. On est obligé de mettre une sonde à demeure. Très rapidement le malade devient irritable et délirant ; il s'affaiblit et meurt dix-sept jours après l'opération, après avoir présenté des symptômes urémiques non douteux, et sans aucune amélioration de la miction. H. R.

The effect of unilateral castration on the prostate, par Ch. MORTON (*Brit. med. Journ., p. 1035, 11 mai 1895*).

Ablation du testicule droit retenu dans l'anneau, et compliqué d'une hydrocèle congénitale. Sept semaines après l'opération, Morton constate que le lobe droit de la prostate est complètement atrophié. H. R.

Orchotomy for enlargement of the prostate, par C. MANSELL MOULLIN (*Brit. med. Journ., p. 979, 4 mai 1895*).

1° Homme de 74 ans, prostate énorme, urines ammoniacales et cystite intolérante, forçant le malade à se lever quinze fois par nuit. Dix jours après l'opération, pour la première fois, le sommeil revient sans morphine et la prostate paraît plus petite. Un mois plus tard, l'urine est acide et la phospha-

turie beaucoup moindre ; la vessie peut conserver quatre onces d'urine et la santé générale s'est grandement améliorée.

2° Homme corpulent, prostate énorme, vessie dilatée, atteint de cystite avec hématuries intermittentes. Opération bien supportée, mais, au bout de huit jours, sérieuse attaque de dyspnée suivie d'hématurie et de diarrhée ; mort le onzième jour. A l'autopsie : cœur gras, reins scléreux, calcul vésical enchatonné derrière la prostate, qui a subi déjà une sensible diminution de volume.

Chairman et *Gould* rapportent des faits de diminution de la prostate tuberculeuse à la suite de l'ablation de testicules tuberculeux.

H. R.

Kyste de l'épididyme et du cordon, par VERNEUIL (*Ann. Soc. belge chir.*, *15 mai 1895*).

Sur un homme de 58 ans, qui présentait une augmentation de volume des bourses assez considérable, développée aux dépens des deux moitiés. Verneuil, après incision du tégument, a trouvé les lésions suivantes : à droite, il existait une masse englobant le testicule et formée par cinq poches kystiques, de grosseurs différentes et complètement indépendantes les unes des autres. L'épididyme était atrophié.

A gauche, trois kystes semblables se voyaient au-devant de l'épididyme et des testicules ; de plus, il en existait un quatrième développé sur le trajet du cordon et un peu de vaginalite. Ablation de ces différentes tumeurs et guérison, malgré la production d'un épanchement sanguin considérable. OZENNE.

Ueber einen Fall von Hodentuberkulose, par WICK (*Wiener med. Woch.*, *18 et 25 mai 1895*).

W. étudie ici le cas d'un infirmier militaire de 23 ans atteint, à la suite d'un léger traumatisme, d'une tuberculose du testicule et du cordon spermatique à gauche, ayant nécessité la castration, et chez lequel il survint de nombreux foyers métastatiques dans le tronc et dans les membres supérieurs sous forme d'abcès froids et de granulations tuberculeuses, sous-cutanées.

CART.

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*In-8°*, *Paris*, *1895*).

L'auteur, dans l'introduction, rappelle les différentes discussions auxquelles il a pris part, sur le chapitre des fractures, à la Société de chirurgie, et les mémoires qu'il y a apportés.

Les anciens préceptes, auxquels Trélat encore recommandait de ne pas toucher, n'ont plus actuellement force de loi : telle l'immobilisation absolue. Il démontre que le massage bien appliqué atténue au moins autant la douleur, combat l'atrophie, l'œdème, et active la cicatrisation osseuse. Cette nouvelle méthode a des effets physiologiques particuliers sur les différents éléments des membres (nerfs, vaisseaux, tissu cellulaire) ; un chapitre est consacré à cette étude. La technique du massage tient une grande place dans l'ouvrage. Puis vient son application aux différentes fractures, avec les détails particuliers de sa technique dans chaque cas, ses indications soigneusement précisées, ses résultats. Quelques luxations, récentes ou récidivantes se trouvent bien de son

emploi, l'épaule et le coude en particulier, et ici comme tout à l'heure, tous les renseignements sont donnés sur la technique de chaque cas, les indications, les résultats acquis. Le texte est illustré de plus de 60 gravures, se rapportant, pour la grande majorité, à la technique du massage suivant les différents cas.

ARROU.

Erfahrungen über die Werwendung..... (Résultats obtenus à l'aide du bandage de marche dans le traitement des fractures du membre inférieur), par Fedor KRAUSE (*Deutsche med. Woch., n° 12 p. 187, 1895*).

Le bandage de marche, tel que l'emploie Fedor Krause, est un appareil plâtré appliqué directement sur le membre fracturé et permettant la marche dès le lendemain de l'application. Ce bandage s'applique aux fractures ou ostéotomies du membre inférieur, fractures des malléoles de jambe et du tiers inférieur de la cuisse. Les fractures du col du fémur peuvent aussi, dans quelques cas, être soumises à ce bandage, mais en y introduisant des montants d'acier qui permettent d'établir l'extension permanente pendant la marche; l'extension obtenue à l'aide de ces montants est remplacé au repos par l'application de poids, Krause applique son bandage dès que le gonflement de la fracture est arrivé à son summum, il le renouvelle une fois. La durée moyenne de la consolidation, basée sur 98 observations, est notablement diminuée excepté pour les fractures du péroné qui ne présentent pas de différence. Ainsi, la durée moyenne pour les fractures portant sur le tiers moyen ou le tiers supérieur du tibia est de 41 jours au lieu de 70 (statistique de Leisrink). Le principal avantage est d'ailleurs de permettre aux malades de marcher et de se livrer à leurs occupations.

Les fractures compliquées ne sont pas exclues de l'emploi de ce bandage, on pratique une fenêtre qui permet de faire les pansements.

H. DE BRINON.

Contribution à l'étude de la périostite albumineuse, des hyperostoses et des exostoses infectieuses, par L. DOR (*Arch. prov. de chir., p. 13, 1895*).

Dans une collection séreuse périostale, l'auteur a trouvé un microbe polymorphe, dont les colonies, de couleur jaune citron et de consistance cireuse, liquéfient la gélatine très tardivement. L. Dor l'appelle : Bacillus cereus citreus. Avec des cultures pures, il a pu produire par l'injection intraveineuse à des lapins : une fois une périostite albumineuse, et une fois une ostéite infectieuse et non suppurée, caractérisée par une incurvation des deux humérus, des cubitus et des radius, avec hyperostose et production d'une exostose volumineuse sur l'un de ces os. Il existe donc indépendamment des périostites albumineuses ainsi que des hyperostoses et des exostoses d'origine tuberculeuse ou ostéomygélitique (staphylococcienne), une forme idiopathique de ces affections produite par un microbe spécial. C'est peut-être celle que les auteurs ont appelée pseudo-rhumatismale.

Il faut admettre que les collections séreuses et les exostoses infectieuses sont le résultat d'une réaction particulière de l'organisme et qu'elles peuvent, au même titre que la suppuration, être engendrées par des agents pathogènes multiples.

Mais le bacillus cereus citreus paraît être pour les collections séreuses

et les exostoses infectieuses ce que le staphylocoque pyogène est pour la suppuration, un agent pathogène spécifique.

Il est intéressant de remarquer les rapports de la périostite albumineuse avec les exostoses infectieuses et de voir que le même microbe peut produire ces deux sortes de lésions. F. VERCHÈRE.

Tuberculose osseuse juxta-articulaire, par MENARD (*Revue d'orthop.*, *1er septembre 1895*).

Cet important travail est consacré à l'étude d'une forme plutôt rare de la tuberculose osseuse. La forme juxta-articulaire, c'est-à-dire siégeant sur les extrémités des principaux os longs. M. a groupé un certain nombre de faits offrant entre eux ce caractère commun que la lésion tuberculeuse, affectant une épiphyse voisine d'une articulation, n'a pas envahi la cavité synoviale, l'agrandissement du foyer bacillaire se faisant, non vers l'articulation, mais vers l'extérieur, d'où : abcès tuberculeux extra-articulaire et non arthrite tuberculeuse. — Il ne s'ensuit pas cependant que l'articulation ait toujours conservé son intégrité parfaite, car il résulte des observations de M. que le genou, en particulier, est assez souvent altéré par suite du voisinage d'un foyer tuberculeux du fémur ou du tibia, bien qu'il n'y ait pas de communication directe entre ce foyer et la cavité articulaire.

Avec exemples cliniques à l'appui, M. étudie successivement la tuberculose juxta-articulaire de la région de la hanche, de la région du genou, de la région du coude et de la région du poignet. Il insiste, à juste titre, sur l'utilité d'un diagnostic précoce d'où résultera pour le malade un grand bienfait, sous forme d'une intervention également précoce. CART.

Fives cases of leontiasis ossium, par HORSLEY (*The Practitioner*, *juillet 1895*).

Cette variété d'hyperostose [leontiasis ossium (Virchow)], qui affecte tout particulièrement le frontal, n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée, le chirurgien est fondé à intervenir ainsi que le fit H. dans 4 des cas dont il donne ici la description avec photographies à l'appui, avant et après l'opération. L'intervention, si elle est pratiquée largement, donne d'excellents résultats. L'examen microscopique des pièces reséquées est malheureusement fait trop sommairement pour que des conclusions relatives à la nature histologique de l'affection puissent en être tirées.

CART.

Résection du genou sans drainage (64 résections sans sutures, sans ligatures, sans drainage), par J. BŒCKEL (*Arch. prov. de chir.*, *p. 1, 1895*).

L'âge des opérés peut ainsi se résumer : 21 de 4 à 14 ans, 12 de 15 à 25 ans, 10 de 26 à 50 ans, 10 de 50 à 60 ans et 9 de 60 à 82 ans. La cause des interventions a été 54 fois l'atéo-arthrite tuberculeuse dont 41 étaient suppurées avant la résection et 13 ne l'étaient pas. Dans 8 cas il s'agissait d'ostéo-arthrite chronique guérie par ankylose vicieuse, les 2 autres faits avaient trait à une arthrite déformante du genou et à une pseudarthrose après une première résection.

Les 64 opérés ont tous guéri sous le pansement opératoire sauf un qui

suppura après gangrène partielle des téguments et ne se cicatrisa qu'au bout de 10 mois. 4 opérés conservèrent une fistule 2 ans, 15 mois, 8 mois et 4 mois.

Le premier pansement ne fut enlevé que du 19e au 31e jour dans 38 cas et du 32e au 45e jour dans 25 cas.

Des 64 réséqués, 4 sont morts de maladies intercurrentes, soit 1 de manie aiguë après 2 mois, 1 de pneumonie grippale après 2 mois, 1 d'hydropisie après 15 mois, 1 de cachexie sénile après 3 ans. 2 réséqués ont été amputés après 4 et 6 mois pour une récidive des fongosités.

Quant aux résultats fonctionnels sur 62 résections, il y eu 60 ankyloses rectilignes et 2 pseudarthroses chez le même malade.

En défalquant ces faits et les cas de morts intercurrentes on voit que la guérison définitive a été obtenue chez les 2/3 des réséqués ; quant aux autres, il est peut-être prématuré de leur prédire un sort analogue bien que chez 9 d'entre eux, l'opération remonte à 1 et près de 2 ans.

F. VERCHÈRE.

Du traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes et plus particulièrement par l'arthrectomie, par ALBERTIN (*Arch. prov. de chir.*, *p. 289, mai 1895*).

L'auteur n'envisage dans les interventions sanglantes que les deux principales, l'arthrectomie et la résection. L'arthrectomie comporte l'extirpation de la totalité de la synoviale, l'éradication des ligaments voisins et des disques semi-lunaires, le décapage des cartilages articulaires de revêtement, sans ablation de parties osseuses. La résection s'adresse au squelette juxta-articulaire ; elle peut être intra-épiphysaire, si la tranche osseuse enlevée ne dépasse pas le cartilage de conjugaison : diaphysaire. si le trait de section passe au-dessus, elle peut alors encore être semi-articulaire, si elle est bien liée à l'une des extrémités osseuses. D'après l'auteur, l'avenir est aux opérations atypiques, et il étudie l'arthrectomie simple. L'arthrectomie combinée à des évidements osseux, l'arthrectomie combinée à la résection. La méthode conservatrice, révulsion et immobilisation doit être seulement exceptionnellement employée. Sur 11 amputations de cuisse pour arthrite tuberculeuse, 10 malades avaient été ainsi traités. L'arthrectomie doit être l'opération de choix dès le diagnostic fixé et souvent l'intervention pourra se borner là. Dans quelques cas, il faudra pratiquer la résection, mais il faut aussi restreindre ses indications. Dans sa statistique l'auteur a pratiqué 4 résections anti-épiphysaires et 9 résections plus ou moins typiques. Chez l'enfant jeune il faut respecter les cartilages épiphysaires et pour cela pratiquer l'arthrectomie simple ou combinée aux évidements osseux.

Au point de vue opératoire, l'auteur conseille l'incision en H, puis la dissection attentive de la synoviale, la choudrectomie des surfaces articulaires, enfin la thermo-cautérisation de toutes les surfaces intra-articulaires. Suture sans ligatures ni drainage. Pansement laissé de 20 à 40 jours. Sur 40 interventions, aucun malade n'a succombé ni après l'arthrectomie ni après la résection. Au bout du deuxième mois, l'ankylose est souvent déjà solide. Quelquefois persistent des trajets fistuleux.

Sur 40 malades, 6 malades sont morts, 3 enfants de diphtérie et scar-

latine, 3 adultes de pthisie pulmonaire. L'étude parallèle des résultats obtenus par l'arthrectomie et la résection intra-épiphysaire chez les adolescents est en faveur de l'arthrectomie soit au point de vue de l'esthétique du membre, soit au point de vue fonctionnel. F. VERCHÈRE.

De l'anatomie du pied-bot varus équin, par Louis LAPEYRE (*Thèse de Paris, 1895, n° 272*).

Le fait primitif du côté des os, dans le pied bot varus équin, est la luxation incomplète progressive des diverses articulations du pied. Les déformations osseuses sont purement secondaires et engendrées par des phénomènes d'arrêt et d'exagération de croissance produits par le tassement des os à leur face plantaire et interne, leur écartement à leur face dorsale et externe. Au point de vue anatomique, deux faits nouveaux se dégagent de l'étude de l'auteur : 1° l'hypertrophie des ligaments dorsaux, des dorsaux externes surtout, l'atrophie des ligaments plantaires ; 2° la faiblesse de l'insertion scaphoïdienne de jambiers. Ce que démontrent la constance des lésions squelettiques dans le pied-bot congénital et l'existence d'obstacles osseux à la réduction, ne pouvant être vaincus après 8 ou 10 ans, pouvant être, au contraire, arrêtés dans leur développement chez l'enfant.

Une intervention, par suite, doit être nécessairement complexe et intéresser des parties osseuses multiples. Il est indispensable, *pour corriger l'équinisme*, de supprimer le tubercule latéral externe de Nélaton ; la barre astragalienne au-devant du plateau tibial, les liens fibreux qui unissent en arrière le péroné et le tibia au calcanéum ; *pour corriger le varus*, d'enlever le col et la tête de l'astragale, la grande apophyse du calcanéum ; *pour supprimer l'enroulement*, de redresser le mouvement de bascule en bas et en dedans du calcanéum, son mouvement de rotation en dehors ; pour ce, de détruire les attaches péronéotibiales postérieures de la lame interosseuse astragalo-calcanéenne, et la grande apophyse déviée en dedans par inflexion de l'os ; enfin, *pour corriger le pied creux*, on devra enlever un coin osseux à base dorsale pour supprimer l'obstacle externe des os du tarse, et leur tassement plantaire. Chez l'enfant, l'opération osseuse peut n'être pas nécessaire. P. VERCHÈRE.

Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation, en particulier chez les enfants, par MANSON (*Thèse de Paris, 1895*).

Certaines adénopathies sont ou simples, ou peu virulentes, l'organisme en triomphe par ses seules forces. Mais, si elles persistent, on doit les envisager comme un foyer tuberculeux dangereux pour tout l'organisme. Les demi-interventions, telles que l'incision simple ou les injections modificatrices ne donnent le plus souvent que des résultats fâcheux ; le ganglion suppure, se fistulise, devient adhérent de partout, se laisse difficilement extirper quand on en arrive à l'extirpation.

Il vaut mieux, laissant encore de côté les injections de naphtol ou d'iodoforme, s'adresser directement à l'ablation. Elle est facile, au début surtout, bien que toujours délicate dans les régions vasculaires du cou ou de l'aine. C'est au chirurgien d'agir prudemment et avec lenteur. Si une récidive locale se produit, ce qui n'est pas rare, on en sera quitte pour aller à sa recherche. Dans tous les cas, le lavage au chlorure de zinc

doit être proscrit comme corrodant les tuniques vasculaires et exposant à l'hémorragie. ARROU.

Des adénites géniennes, par ALBERTIN (*Arch. prov. de chir.*, *p. 259*, *avril 1895*).

L'auteur rappelle que dans la région génienne il existe un véritable groupe ganglionnaire qui a été généralement passé sous silence par les anatomistes. Ces ganglions accompagnent les vaisseaux de la face et se rapprochent de l'angle interne de l'œil.

Ces ganglions peuvent être envahis par la tuberculose et suivant que tel ou tel de ces ganglions sera le siège d'un processus pathologique, le siège de l'adénite sera variable. Ces ganglions ont pu être distingués en ganglions masséterins, commissuraux et sous-orbitaires.

Le plus souvent atteint d'adénite serait le commissural.

La tuberculose n'est pas seule susceptible d'atteindre ces ganglions, et l'auteur distingue : 1° les adénites géniennes strumo-tuberculeuses froides constituées par un ganglion hypertrophié ou induré ou par un petit abcès froid intéressant le tégument de la région (écrouelle de la joue); 2° les adéno-phlegmon géniens infectieux, aigus, subaigus; 3° les adénites géniennes néoplasiques secondaires.

Ces adénites, comme dans toute autre région, peuvent se présenter avec des allures cliniques fort différentes. Elles sont loin d'être rares.

VERCHÈRE.

I. — Un nouveau cas d'actinomycose de la face; médication iodurée; guérison, par A. PONCET (*Mercredi méd.*, *19 juin 1895*).

II. — Actinomycose de la région cervico-faciale droite, par le même (*Ibidem*, *24 juillet 1895*).

I. — Homme de 54 ans, mâchant souvent des brins d'herbe et de paille. Début de l'affection par de la périostite alvéolo-dentaire inférieure, des douleurs du trismus et, au niveau de la dernière molaire, par une tuméfaction qui se rompt et donne issue à du liquide séro-sanguinolent. Disparition des douleurs mais persistance du gonflement de la région qui, 10 mois plus tard, augmente de volume. Légère amélioration avec l'iodure de potassium.

Quelques semaines plus tard, ce gonflement dur de l'angle de la mâchoire, s'étend aux régions parotidienne et mastoïdienne. Vives douleurs. Ulcération de la tumeur qui s'ouvre dans le conduit auditif externe et en seize endroits différents autour de l'angle de la mâchoire. Issue par chaque ouverture d'un liquide séro-sanguinolent contenant de petits grumeaux de matière jaune. Traitement par l'iodure de potassium (5 grammes par jour) et guérison complète au bout de 5 mois. Cette observation est le sixième exemple, observé par Poncet, d'actinomycose siégeant à l'angle de la mâchoire. Il y a lieu de remarquer le mode d'infection (fétu d'herbe, de paille), l'intégrité du squelette et l'heureuse action de l'iodure de potassium.

II. — Jeune homme de 26 ans, malade depuis 8 mois ; symptômes ordinaires, du début de l'actinomycose ; douleurs, gonflement de la région maxillaire et formation de trajets fistuleux. Aujourd'hui, on note une induration scléreuse de la région massétérine et un gonflement également dur des régions sous-maxillaire, temporale, frontale et pariétale, ce qui rend la face asymétrique. Persistance de deux fistules sous-maxillaires. Pas de lésions dentaires ni du maxillaire. L'examen de la sérosité, sortant de l'une des fistules, a démontré l'existence du champignon soupçonné. Traitement ioduré et incision des masses ramollies avec raclage des trajets fistuleux. OZENNE.

OPHTALMOLOGIE.

La puissance de l'œil et l'amplitude d'accommodation, par WEISS (*Ann. d'oculist. avril 1895*).

Lors de la vision rapprochée, l'accommodation peut se remplacer par l'adjonction devant l'œil d'une lentille convergente ; certains auteurs considèrent que la puissance de cette lentille mesure l'accommodation. Pour l'auteur, la puissance du verre idéal qui, placé au plan principal, pourrait remplacer l'accommodation, mesure exactement cette accommodation, c'est-à-dire, l'augmentation de puissance de l'œil réduit, mais à la condition de prendre comme définition générale de la puissance, l'inverse de la distance focale multipliée par l'indice de réfraction du dernier milieu. Il est important de prendre comme origine des mesures dans l'œil réduit le plan principal et non le centre optique, comme le font la plupart des auteurs. ROHMER.

Myopie, cataractes centrales et leucomes, par ROURE (*Annales d'oculist., juin 1895*).

Pour expliquer la myopie, qui est ordinairement associée aux cataractes zonulaires et polaires, l'auteur fait observer qu'il existe de la dilatation pupillaire chez la plupart des personnes atteintes de cataractes centrales ou de leucomes centraux de la cornée. Or, dans un système convergent, le foyer des rayons marginaux est plus rapproché du point nodal postérieur que le foyer des rayons centraux. Si donc, celui-ci se trouve sur la rétine, celui-là se trouvera en avant. Une cataracte centrale joue précisément le rôle d'écran qui intercepte les rayons centraux. Le foyer postérieur de l'œil se trouvera donc déplacé en avant de la rétine. L'œil ainsi constitué se comportera comme un œil myope, c'est-à-dire qu'il devra employer une lentille divergente pour reporter son foyer postérieur sur la rétine. La myopie n'est donc qu'apparente, et si on procède à l'extraction du cristallin, elle n'influe par sur l'hypermétropie consécutive. ROHMER.

Ueber das Blinzeln, als Maastab für die Ermüdung des Auges (Le clignement comme mesure de la fatigue de l'œil), par KATZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., avril 1895*).

L'œil peut se fatiguer par le muscle accommodateur, par les muscles extrinsèques, par la rétine et par la conjonctive (rayons calorifiques); plus l'œil est fatigué, surtout quand il s'agit de la rétine, et plus le clignement augmente ; pour confirmer cette observation, l'auteur a fait des observations sur lui-même, avec la lumière électrique, avec le gaz, et

avec un éclairage faible ; le clignement a augmenté, dans le même laps de temps, pour chacune de ces conditions d'éclairage. ROHMER.

Du strabisme vertical alternant et des déviations symétriques verticales moins prononcées que le strabisme, par STEVENS (*Annales d'oculist.*, *CXII*, *avril 1895*).

Déjà Boyer et de Graefe avaient insisté sur la déviation en haut et en dedans due au droit supérieur. Stevens démontre que la tension inégale des deux paires des droits supérieurs et inférieurs est souvent responsable d'un strabisme convergent ou divergent apparent, et que dans beaucoup de ces cas, des actions opératoires portant sur les muscles latéraux, amènent des conditions pires que celles qui étaient constatées avant les opérations ; il étudie dans le travail actuel, d'une façon plus intime, les déviations en haut (anatropia), de la ligne visuelle de chaque œil, quand l'autre fixe, ainsi que les déviations en bas (katatropia), alternant entre elles, suivant que l'un ou l'autre œil est caché. Une forme plus fréquente du strabisme vertical alternant, est celle où une différence de position verticale des yeux produit un strabisme divergent ou convergent. Dans d'autres cas encore, la tension verticale excessive est inégale et appartient en grande partie au strabisme convergent ordinaire. On prescrira les prismes, en pareil cas, et on n'en arrivera à la ténotomie que quand la rotation des yeux en haut ou en bas est réellement restreinte.

ROHMER.

I. — Du strabisme vertical alternant et des déviations symétriques moins prononcées que le strabisme, par STEVENS (*Ann. d'oculist.*, *juin 1895*).

II. — Des effets faibles des ténotomies des muscles oculaires et des indications et des avantages des contractions tendineuses, par le même (*Ibid.*, *CXIV*, *juillet 1895*).

I. — L'auteur a déjà montré qu'une contraction excessive des muscles droits verticaux peut produire de l'ésophorie, à cause de leur insertion particulière. Si, par exemple, les yeux ont une tendance nuisible à tourner en bas, l'effort vigoureux des droits supérieurs, nécessaire pour contrebalancer celle-ci, peut donner aux yeux une tendance à la convergence, malgré l'équilibre parfait des muscles agissant dans le sens horizontal ; mais à côté de cela il y aura aussi élévation des yeux, par contraction des droits supérieurs. La ténotomie de ces derniers a toujours réussi à rétablir l'équilibre.

II. — Les ténotomies franches ont des effets apparents faibles quand le muscle opéré n'est pas le muscle coupable et les contractions tendineuses ne sont avantageuses que quand elles sont dirigées contre cet état où les muscles sont trop peu tendus, état caractérisé non pas par un défaut de rotation dans une direction donnée, mais par un excès de la somme des rotations en sens opposés. — Il découle de ces faits la conclusion pratique qu'un cas donné de strabisme convergent ou divergent doit être étudié au point de vue de la tension de tous les muscles oculaires, et qu'une grande partie de ces cas, particulièrement les cas excessifs dépendent surtout des muscles verticaux. ROHMER.

De la cécité en Russie (étude étiologique), par Èlise PROTOPOPOFF (*Thèse de Paris, 1895*).

Deux sortes de travaux ont contribué à l'étude de la cécité en Russie, des recensements entrepris par l'administration et des travaux faits par des spécialistes.

Parmi les facteurs dont l'influence est des plus évidente, il faut citer le climat : la cécité croît avec l'augmentation du froid et la rudesse du climat ; les races mongolo-finoises présentent une cécité notablement plus élevée que les races slaves ; dans les campagnes, la cécité est plus élevée que dans les villes ; elle y augmente d'autant plus qu'elles sont plus éloignées des centres de la civilisation. D'après les travaux des ophthalmologistes russes, ce sont les maladies idiopathiques de l'œil qui fournissent le plus d'aveugles ; par ordre de fréquence, il faut citer les maladies de la cornée, le glaucome, l'atrophie du nerf optique, la conjonctivite granuleuse, la blennorragie des nouveau-nés, etc. Quant au groupe des maladies générales, c'est la variole qui donne le plus grand nombre d'aveugles. ROHMER.

Bactériologie clinique de l'appareil lacrymal, par TERSON et CUÉNOD (*Gazette des hôp., 5 avril 1895*).

Dans diverses publications, les auteurs se sont déjà occupés de préciser la bactériologie clinique des affections palpébrales et conjonctivales ; d'après un ordre logique, ils abordent dans le travail actuel la bactériologie des voies lacrymales : ce sont, d'abord, pour les glandes lacrymales, les dacryo-adénites, les tuberculoses ; en passant, ils étudient le rôle bactéricide des larmes ; celles-ci sont, en somme, de l'eau stérilisée et n'agissent que par leur rôle de nettoyage mécanique. Pour les voies lacrymonasales, après la bactériologie normale, c'est celle des inflammations (dacryocystites) catarrhales, congénitales, suppurées (streptocoque, staphylocoque), ozéneuses, lupiques ; la virulence du pus est due, dans ces lésions, surtout au bacille de Friedlander et à un pneumocoque ; puis, vient une mention pour les calculs lacrymaux et l'actinomycose, la tuberculose des voies lacrymales. La conclusion pratique de ces recherches est que la désinfection des voies lacrymales s'impose, soit avant les opérations, soit au cours des infections cornéennes spontanées et opératoires.

ROHMER.

De l'intervention chirurgicale et de l'emploi du sublimé dans les affections des voies lacrymales, par LEFÈVRE (*Thèse de Paris, 1895*).

Les affections des voies lacrymales sont toujours sous la dépendance d'un état général morbide, syphilis, tuberculose, ou bien encore de lésions de voisinage, fractures, contusions, etc. Dans les cas aigus, traitement local et général. Intervention dans les cas rebelles, sans négliger le traitement des organes voisins susceptibles de contribuer à l'évolution de la maladie. Ouverture du sac et cautérisation de la muqueuse à l'aide d'une solution de bichlorure d'hydrargyre à 1/100, injections détersives et antiseptiques par les canalicules. Rendre perméable le canal nasal par

l'introduction d'une sonde de Bowmann et injection de sublimé à 1/2,000 trois fois par jour. Continuer les injections par les canalicules pendant quinze jours environ après l'intervention. ROHMER.

Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales, par AMBLARD (*Thèse de Paris, 1895*).

A cause de ses grandes propriétés antiseptique, défertilisatrice, peu toxique, et ne coagulant pas l'albumine, l'auteur recommande l'emploi de l'aldéhyde formique dans le traitement des dacryocystites, surtout de celles qui sont rebelles aux autres traitements. En raison de son extrême diffusibilité et des vapeurs antiseptiques qu'il émet, le formol pénètre dans les diverticules du sac enflammé, détruisant les germes pathogènes cachés dans leur profondeur. Le picotement assez vif qu'il produit sur la conjonctive peut être évité par la cocaïne. Les parties voisines seront d'abord désinfectées avec une solution à 1/1,000, puis on poussera dans l'intérieur du canal une solution à 1/200. Il est important que les malades soient revus trois fois par semaine jusqu'à guérison complète, et à chaque séance on injectera dans le sac la moitié environ du contenu d'une seringue d'Anel. ROHMER.

Prolapsus traumatique de la glande lacrymale orbitaire, par HALTENHOFF (*Annales d'oculist. mai 1895.*)

Les lésions traumatiques de la glande lacrymale sont extrêmement rares. L'auteur cite le cas d'un enfant de deux ans et demi qui, en tombant sur des cailloux, se produit une déchirure de la paupière supérieure, à travers laquelle se fait une hernie de la glande lacrymale; l'auteur excisa celle-ci, et la guérison se fit promptement. De Graefe, Goldzieher et Panas ont seuls cité des cas semblables. L'humectation des yeux ne subit aucune différence de l'un et l'autre côté. Quand l'enfant pleurait, les deux yeux pleurent pareillement. Ce fait pourrait être invoqué en faveur de la théorie de de Wecker qui pense que le larmoiement émotionnel propre à l'espèce humaine est une fonction dévolue à la glande palpébrale seule, qui manque chez les autres mammifères. ROHMER.

Sur l'empyème du sac lacrymal, étude bactériologique et clinique, par MAZET (*Arch. de méd. exp., VII, 3, et Thèse de Paris, 1895*).

Les affections désignées sous les noms de dacryocystite phlegmoneuse, tumeur lacrymale, mucocèle ne sont que des variétés de l'empyème du sac lacrymal. Il y en a deux formes : 1° aigue phlegmoneuse ; 2° subaigue enkystée. La première forme résulte d'infections par le streptocoque ou le coli-bacille. L'autre est due aux staphylocoques, ou à des bacilles innominés. Il y a ordinairement des saprophytes associés.

Toutes les causes qui modifient le flux normal des larmes à travers leurs voies d'excrétion peuvent favoriser cette infection, qui a son départ le plus souvent dans les fosses nasales, plus souvent dans les culs-de-sac conjonctivaux. On n'a jamais rencontré d'empyèmes lacrymaux qui fussent manifestement provoqués par le diplocoque de Salomon Frenkel, ou le bacille de Friedländer, ou le bacille tuberculeux. GIRODE.

Des symptômes orbito-oculaires produits par la dilatation des sinus ethmoïdes, par ROHMER (*Soc. française d'ophtalm.*, *1895*, *et Revue méd. de l'Est*, *1er juillet 1895*).

La distension du sinus sphénoïdal se traduira, avant son ouverture, par une saillie de la paroi interne de l'orbite, et, souvent, une crépitation parcheminée ; l'œdème de voisinage siégera surtout sur la paupière inférieure et vers les régions malaire et temporale, à cause de la compression de la veine ophtalmique qui, après avoir suivi la paroi interne de l'orbite, traverse la fente sphénoïdale pour se jeter dans le sinus caverneux. Les lésions par inflammation du voisinage ou par compression du nerf optique seront très tardives en cas de maladie des sinus ethmoïde et frontal, tandis qu'elles apparaîtront relativement vite quand il s'agira d'une distension du sinus sphénoïde. La saillie de la paroi ethmoïde de l'orbite aura simplement pour effet de repousser l'œil en masse vers l'angle inféro-externe de la cavité orbitaire, tandis que le nerf optique sera longtemps épargné, et que l'acuité visuelle restera longtemps relativement bonne. L'ouverture large du côté de l'orbite, aidée encore, s'il est nécessaire, du cathétérisme nasal, trancheront la question et permettront de préciser davantage la localisation des lésions. R.

Ueber die Beziehungen zwischen Augenleiden und Lebererkrankungen (Sur les rapports entre les maladies des yeux et celles du foie), par BAAS (*Munch. med. Woch.*, *n° 32*, *p. 629*, *1894*).

Chez un jeune homme de 15 ans, atteint depuis sa 7e année d'une ictère qui n'avait jamais entièrement disparu, l'ictère augmenta, il survint des douleurs de tête et de ventre, des vomissements. Cet état alla en s'aggravant jusqu'à la mort, qui survint après 2 jours de coma. L'autopsie confirma le diagnostic de cirrhose du foie. Mais avant l'augmentation de son ictère, ce malade avait vu survenir l'héméralopie. On voyait à ce moment des taches blanches de choroïdite dans la partie périphérique du fond de l'œil. Ces taches augmentèrent finalement jusqu'à atteindre les environs de la macula et de la papille du nerf optique. Les artères devinrent alors pâles et la papille trouble. Pendant le coma on nota de l'hyperémie veineuse. La choroïde, examinée au microscope, présentait de petits amas de cellules rondes ; mais au lieu d'une augmentation d'épaisseur, il y avait plutôt de l'atrophie. Les altérations de la rétine étaient moindres. En somme, la choroïde avait subi comme le foie, une inflammation interstitielle, terminée par atrophie : c'était, dit Baas, une véritable cirrhose choroïdienne. C. LUZET.

Beziehungen der Akromegalie zu Augenerkrankungen (Rapports de l'acromégalie avec les maladies de l'œil), par HERTEL (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XLI*, *1*).

Chez un individu de 31 ans, atteint de cette lésion, l'auteur a noté un épaississement des rebords supérieurs de l'orbite et des paupières supérieures ; l'oculo-moteur est affecté, et finalement on note une hémiopsie temporale notable, qui fait penser, avec juste raison, à une tumeur de l'hypophyse. La glande thyroïde était facile à sentir, mais peu altérée ; pas de persistance ou d'hypertrophie du thymus. Au point de vue du traitement, la strychnine, ainsi que l'iodure de potassium, furent impuissants contre les troubles oculaires, aussi bien que contre la maladie générale. ROHMER.

Zur Frage der Ätiologie des Trachomes und der chronischen Bindehault-Blennorrhoe, par HOOR (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., avril 1895*).

D'après ses propres observations, l'auteur tient pour identiques les granulations et la conjonctivite blennorragique. Le trachome est une maladie infectieuse, dont le contage en dernière analyse est la sécrétion gonnorréique de l'urètre ; cliniquement, le trachome se divise en forme papillaire et en forme granulaire, folliculaire, trachome vrai, tandis que anatomiquement, la structure est la même, avec des grains trachomateux en plus ou en moins; l'évolution clinique et les complications sont les mêmes aussi. Du reste, l'inoculation du pus trachomateux donne chez un individu des granulations papillaires, chez un autre la forme granuleuse ; la forme peut même être différente sur les deux yeux du même individu. ROHMER.

Ueber Lidrandcysten, par WINTERSTEINER (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p. 1074, 19 novembre 1894*).

Les kystes du rebord palpébral, observés par Wintersteiner, proviennent d'une dilatation des glandes de Moll ; ils sont tapissés d'épithéliums pavimenteux en couche simple ou double. Leur siège de prédilection est le voisinage des points lacrymaux, ce qui s'explique à la fois par le plus grand nombre et le plus grand développement des glandes de cette région, par la compression plus marquée de leurs conduits sécréteurs dus aux fibres du muscle de Riolan ; enfin par l'obstruction plus facile des orifices glandulaires, en raison des clignements qui accumulent vers l'angle interne des paupières toutes les sécrétions et saletés. J. B.

La conjonctivite diphtéritique, son traitement par le sérum antitoxique, par MORAX (*Annales d'oculist., avril 1895*).

L'auteur insiste, pour le diagnostic, d'une part sur l'utilité de l'examen microscopique de l'exsudat conjonctival, et, d'autre part, sur la nécessité de l'inoculation au cobaye du bacille diphtérique isolé. L'auteur cite trois cas dans lesquels l'injection de sérum a amené une guérison rapide, en 3 à 4 jours ; il suffit généralement d'une ou deux doses de 10 centimètres cubes de sérum. En cas de conjonctivite pseudo-membraneuse, on peut, sans inconvénients et dans tous les cas, faire une injection de sérum ; mais s'il existe une sécrétion abondante, il ne faut pas hésiter à recourir à la solution de nitrate d'argent ; en cas de doute sur la nature de la maladie, il n'y aura, du reste, aucun inconvénient à combiner les deux traitements. ROHMER.

Experimentelle Untersuchungen über das Staphylokokkengeschwür der Hornhaut und dessen Therapie (Sur l'abcès à staphylocoques de la cornée et sa thérapeutique), par BACH (*Graefe's Archiv f. Ophth., XLI, 1*).

Après inoculation de la cornée avec des staphylocoques, l'auteur a remarqué qu'il ne s'établissait pas de phagocytose pour lutter contre l'envahissement des microbes ; il pense que dans le processus de guérison, les leucocytes venant de la périphérie de la cornée, sécrètent un principe, un ferment (Leber) qui donne aux tissus la force nécessaire

pour s'opposer à l'envahissement des coques, et favoriser l'élimination des parties nécrosées. Comme il n'y a pas de bactéries dans l'œil, l'auteur rejette absolument les injections sous-conjonctivales comme inutiles. L'auteur rejette l'idée de filtration des leucocytes à travers la membrane de Descemet, pour la formation de l'hypopion. Comme traitement de l'ulcère, il conseille simplement des lavages du cul-de-sac conjonctival avec du sublimé de 1/3000 à 1/5000. ROHMER.

Bacteriologische Untersuchungen über die Ätiologie der Keratitis und Conjonctivitis ekzematosa, etc., par BACH (*Graefe's Arch. f. Ophth., XLI, 2*).

Les affections eczémateuses de l'œil sont produites par un microbe pyogène, et surtout par le staphyl. pyogène aureus au début, il faut toujours rechercher l'élément bactériologique, dont l'inoculation, chez l'homme et chez le lapin, donne lieu à des phlyctènes typiques. Il y a relation directe entre l'eczéma de n'importe quelle partie du corps et l'eczéma oculaire, tandis qu'il n'en est pas de même pour la scrofule. Les ulcères cornéens situés au centre de la cornée, sont généralement d'un pronostic plus grave que ceux de la périphérie, parce qu'ils provoquent souvent une inflammation de l'iris et du corps ciliaire. ROHMER.

Du raclage méthodique de la cornée dans le traitement du ptérygion, par DESCHAMPS (*Annales d'oculist., juillet 1895*).

Il convient de substituer, dans la cure du ptérygion, le raclage soigné et vigoureux de la cornée, à la galvanocautérisation. Ce raclage, aussi bien que tout autre moyen, désinfecte totalement la surface dénudée de la cornée ; il a l'avantage de l'égaliser exactement et de ne pas détruire des parties saines de l'organe. On peut faire une autoplastie conjonctivale simple, seulement par glissement ; quelques petits coups de ciseaux libérateurs permettent au besoin de relâcher les parties trop tendues et déraillées par les plis de la suture. ROHMER.

De la sclérite rhumatismale diffuse, par LARGEAU (*Thèse de Paris, 1895*).

La sclérite rhumatismale diffuse à marche aiguë ou subaiguë, douloureuse et superficielle, forme un type clinique qu'il nous paraît utile de placer à côté de l'épisclérite et de la scléro-choroïdite antérieure à cause du pronostic. Elle a pour principaux caractères d'être aiguë ou subaiguë, très douloureuse, nettement liée au rhumatisme, et de frapper par attaques successives. Elle reste localisée à la sclérotique, gagne quelquefois la capsule de Ténon et guérit sans avoir touché rien autre chose; les autres membranes de l'œil restant absolument saines durant toute l'évolution de la maladie. Ayant vu des malades qui avaient subi jusqu'à dix attaques, sans que rien en fût résulté pour les membranes profondes, l'auteur en conclut que les cas dont il parle sont en somme d'un pronostic favorable quant à la vision. ROHMER.

Ueber tuberkulöse Iritis und Keratitis parenchymatosa, par BUERSTENBINDER (*Graefe's Arch. f. Ophth., XLI, 1*).

L'auteur admet plusieurs formes d'iritis tuberculeuse, l'une progres-

sive, avec formation de granulations confluentes ; l'autre est une forme atténuée, à tubercules disséminés et iritis séro-plastique, pour laquelle il est souvent difficile de dire s'il s'agit véritablement d'une iritis tuberculeuse ou d'une iritis parenchymateuse. Dans ces cas, aussi bien que dans les précédents, il se fait une épisclérite, qui donne des saillies bleuâtres à la sclérotique, provoque un trouble sclérosant de la cornée, en même temps qu'apparaissent des mucosites à la face postérieure de cette membrane. L'auteur cite trois cas de kératite parenchymateuse qui ont eu sûrement pour point de départ un fond tuberculeux. ROHMER.

Ueber Operation unreifer Staare, par BERNHARDT (*Corresp.-Blatt schw. Aerzte, n° 11, p. 343, 1er juin 1894*).

Huit fois, Bernhardt a activé la maturation de cataractes à l'aide de la méthode de Förster (iridectomie suivie du massage du cristallin pendant que l'écarteur palpébral est encore en place). Pour éviter la formation de synéchies postérieures, le soir même il instille de l'atropine. Il conclut que chez une personne atteinte de cataracte double, on doit opérer l'œil le plus mauvais, que la cataracte en soit mûre ou non, dès que la vision de l'œil relativement bon est tombée au-dessous de 6/36 ou de 6/60.

J. B.

Ueber Glaukom nach Staar-Operationen (Du glaucome après l'opération de la cataracte), par PAGENSTECHER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mai 1895*).

Immédiatement après l'extraction, le glaucome peut être dû à des hémorragies vitréennes, à de l'iritis, à la suite d'instillation d'atropine, au gonflement de masses corticales ; à la suite d'une discision chez les jeunes gens, on a vu le glaucome survenir, de même après la discision d'une cataracte secondaire ; une ponction simple, ou une iridectomie suffisent, en pareil cas, pour arrêter le processus glaucomateux. Du reste, le glaucome peut même survenir sur des yeux aphakes qui ont longtemps fonctionné dans de bonnes conditions de vision ; la sclérotomie et l'iridectomie, en pareil cas, rendent de signalés services. ROHMER.

Beiträge zur Lehre vom Glaukom, par KOSTER (*Graefe's Arch. f. Ophth., XLI, 2*).

L'auteur a lié les veines vorticineuses chez le lapin et a observé consécutivement de la kératite parenchymateuse, une formation constante de pigment, même chez les albinos, dans l'iris, le corps ciliaire, la rétine et la choroïde, et cela même quand on ne liait que certaines veines, une formation de cataracte, enfin, une adhérence entre la périphérie de l'iris et la sclérotique ; quant à une tension de l'œil, elle n'a pas été observée ; le glaucome n'a donc jamais eu, d'après les expériences de l'auteur, sa cause dans un défaut de circulation des veines vorticineuses. D'après ses recherches, c'est surtout la sclérotique, dans l'augmentation de tension de l'œil, qui supporte l'excès de pression et non la choroïde. La pression est la même dans le corps vitré et dans la chambre antérieure. Pour Koster, il n'y a pas de filtration à travers l'iris entre les chambres antérieure et postérieure ; dans les expériences et après la mort, on a pu observer des phénomènes de dialyse à travers la membrane altérée ; mais

le passage du liquide ne peut se faire qu'à travers la pupille qui doit être saine ; d'après la forme de l'œil, l'hypermétrope sera plus disposé au glaucome que le myope. ROHMER.

La sclérotomie postérieure et la sclérotomie dans le glaucome, par PARINAUD (*Ann. d'oculist., mai 1895*).

L'auteur remplace la sclérotomie postérieure, qui n'est qu'une simple ponction de la sclérotique destinée à donner issue à un peu de corps vitré, par la sclérectomie, qui consiste à exciser un lambeau sous-conjonctival de sclérotique, tout en laissant intacte la choroïde ; en déplaçant la conjonctivale, on peut tailler le lambeau avec l'instrumentation spéciale de Parinaud : pour cela, les paupières étant écartées, on enfonce une aiguille dans les couches superficielles de la sclérotique que l'on cherche à soulever, et avec le couteau, dont la lame est parallèle à l'aiguille, on taille dans l'épaisseur de la membrane un petit lambeau en forme de copeau. Au fond de la plaie apparaît la choroïde qui est mise à nu, ou recouverte d'une mince couche de tissu scléral quand on n'a pas coupé la sclérotique dans toute son épaisseur. Séance tenante, ou les jours suivants, selon les cas, on complète l'opération en enfonçant la pointe du couteau dans la plaie, pour donner issue au liquide intra-oculaire. La sclérectomie, utile dans le glaucome aigu aussi bien que dans le chronique, permet pendant longtemps de diminuer la tension par de légères ponctions à l'aiguille que le malade pourrait, à la rigueur, faire lui-même. ROHMER.

Traitement des glaucomes primitifs, par ROCHON-DUVIGNEAUD (*Gazette des hôp.*, *8 juin 1895*).

Pour l'auteur, l'œil glaucomateux est surtout celui qui excrète mal (de Weeker). Tous les efforts des traitements sont dirigés contre l'hypertonie, afin de ramener la tension à la normale, soit par les myotiques, soit par les procédés chirurgicaux qui, tous, se ramènent à une ponction du globe oculaire, faite de façon à obtenir une cicatrice à filtration. L'auteur, après avoir étudié les principales formes cliniques du glaucome, étudie le procédé d'intervention à suivre pour chacun d'eux. Il est évident que nous ne pouvons le suivre dans les détails de cette étude qui résume très bien les connaissances cliniques actuelles sur ce sujet, et que l'on aura tout profit à lire, si l'on veut bien et rapidement être au courant de la question. ROHMER.

Retinis punctata albescens, par LIEBRECHT (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juin 1895*).

Fuchs avait déjà donné une description magistrale de cette lésion : les taches sont très petites, blanches ou blanc-jaunâtres, sans liseré pigmentaire, et sont répandues d'une façon assez égale sur tout le fond, de sorte qu'il y en a des centaines ; nulle part elles ne tendent à confluer. La tache jaune elle-même est libre de taches. On trouve la maladie chez les jeunes gens, et d'habitude chez plusieurs membres de la même famille. Deux fois on a constaté la consanguinité des parents. Les malades, outre la

diminution de l'acuité visuelle, présentent un rétrécissement concentrique notable du champ visuel, ainsi que de l'héméralopie. Celle-ci apparaît la première, d'où l'on peut conclure, soit que la maladie est congénitale, soit qu'elle se développe dans le jeune âge. D'après tous ces symptômes, la rétinite ponctuée blanche peut être placée à côté de la rétinite pigmentaire, ce que certains observateurs avaient déjà fait. ROHMER.

Rétinite syphilitique avec albuminurie, par E. BERGER (*Rev. gén. d'opht., novembre 1895*).

A propos d'un cas de rétinite syphilitique avec albuminurie, traité par des injections mercurielles tardives, et, par conséquent, sans grand succès, l'auteur rappelle la division de Jaccoud en trois catégories de néphrite, suivant leur ordre de gravité, et, qu'en pareil cas, un traitement antisyphilitique engagé avec les précautions nécessaires (vu l'action irritante que le mercure exerce sur les reins) peut sauver la vie et la vue d'un malade ; il faut seulement que le traitement antisyphilitique soit institué assez à temps et suivi avec persévérance. ROHMER.

Contribution à l'étude du décollement de la rétine et de son traitement par l'électrolyse, par MARAVAL (*Thèse de Paris, 1895*).

L'électrolyse positive doit être appliquée aux décollements récents; ce traitement aura d'autant plus de chances de succès que l'affection sera de date plus récente. L'emploi des aiguilles effilées semble préférable à l'emploi d'aiguilles lancéolaires qui paraissent dangereuses au point de vue de la conservation du tonus oculaire. L'observation clinique et les observations sur les animaux démontrent que l'application d'un courant de 5 milliampères de la durée d'une minute est inoffensif pour l'œil. Ce mode d'intervention a le grand mérite de ne gêner en rien l'emploi de tous les moyens médicaux dont une longue expérience a démontré la valeur si ce n'est au point de vue curatif, du moins comme adjuvants. L'électrolyse donne une amélioration réelle, avantageuse, presque sans risques, dans les cas récents, et mérite d'être essayée de façon à ce que sa valeur réelle soit bien établie. ROHMER.

Zur Ätiologie der Netzhaut-Ablösung (Décollement de la rétine), par OHLEMANN (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk., mars 1895*).

Un homme de 60 ans, emmétrope, portait des sacs de blé de 120 à 130 livres ; au dixième sac, il sentit tout à coup la vue s'obscurcir sur l'œil gauche; un médecin constata un décollement rétinien, produit subitement à la suite d'efforts chez un homme ayant fait un travail au-dessus de ses forces, ou plutôt au-dessus de son âge. Cette étiologie, l'auteur ne l'a trouvée signalée nulle part. ROHMER.

Zur Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen (Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés), par H. COHN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril 1895*).

L'ophtalmie des nouveau-nés qui était de 10 0/0 il y a trente ans dans sa clinique, est de 3 0/0 actuellement, dans la pratique privée de l'auteur; d'autres auteurs accusent encore 10 à 12 0/0 de cas; l'affection n'a

donc pas diminué de fréquence pendant ces dernières années; les épidémies qu'on observait autrefois dans les maternités et chez les enfants trouvés, n'existent plus cependant, grâce à l'isolement rigoureux des enfants malades. La prophylaxie pourra cependant beaucoup pour empêcher l'éclosion du mal, et, sous ce rapport, la méthode de Credé a rendu d'énormes services; sur 460 enfants soignés par Credé, un seul fut atteint, ayant été oublié par mégarde; chez d'autres auteurs l'affection est descendue à 0,7 et 1 0/0 par l'emploi de cette même méthode. L'auteur insiste sur les recommandations à faire aux mères, aux pères atteints de blennorragie avant le mariage, aux sages-femmes, aux médecins eux-mêmes, dont beaucoup ne veulent pas encore reconnaître l'utilité de la méthode. ROHMÉR.

De certains bacilles trouvés dans un cas de panophtalmie post-opératoire, par DE SCHWEINITZ (*Annales d'oculist., juillet 1895*).

La suppuration d'un œil survient à la suite de l'extraction de la cataracte ; les cultures faites au laboratoire biochimique de Washington, donnèrent les résultats suivants : les bacilles sont de 3 à 5 fois plus longs que larges, souvent disposés en chapelet, ou réunis en ligne droite. Ils poussent dans le bouillon et forment une membranule à la surface après 24 heures. Ils poussent également sur gélatine, sans la liquéfier. Sur gélose, ils forment une pellicule blanchâtre. Ils ne produisent aucun gaz dans le tube à fermentation. Leur culture coagule le lait lentement et forme sur pomme de terre une couche épaisse et jaunâtre, rétriculée.

Il ne s'agit pas là d'un bacille pathogène, et l'infection n'aurait pas été produite, d'après l'auteur, par des bacilles. ROHMER.

I. — Ueber die Veränderungen der inneren Augenhäute bei kleineren experimentellen Verwundungen, par HERRNHEISER et A. PICK (*Berlin. klin. Woch., n° 54, p. 1032, 5 novembre 1894*).

II. — Präparate über Erkrankungen der Augen bei septischen Allgemeinleiden, par HERRNEISER (*Ibid.*)

I. — Expériences faites sur des chiens, chats, rats et lapins. Les blessures oculaires pratiquées consistaient en des ponctions avec une aiguille fine ou des cautérisations avec un fil incandescent très mince. Ces blessures ont entraîné fréquemment des lésions plus étendues sur la rétine et la choroïde. Dans un certain nombre de cas, il se formait sur la rétine, entre le lieu blessé et la papille, soit des taches blanches, soit des plaques d'atrophie; dans un cas, il survint de l'atrophie, de la choroïde et de la rétine dans l'étendue d'un quart de cercle. L'examen microscopique montra que la cicatrisation de la plaie scléroticale s'opérait principalement à l'aide d'une prolifération du tissu conjonctif épicléral avec la coopération de la choroïde. La lumière solaire directe, appliquée ainsi que l'avaient déjà fait Czerny et Deutschmann, provoque des altérations semblables. Une fois il s'est développé une choroïdite aiguë.

Le résultat des premières expériences prouve que de petites opérations chirurgicales, telle que la ponction scléroticale, ne sont pas aussi inoffensives qu'on le croit.

D'ailleurs, Herrnheiser cite des faits cliniques où l'extraction des corps étrangers a entraîné des lésions du fond de l'œil à grande distance de la plaie à la sclérotique.

II. — L'ophtalmie métastatique offre les altérations d'une inflammation aiguë grave, tandis que dans la rétinite septique on ne trouve que des lésions dégénératives dues aux troubles généraux de la nutrition. J. B.

Les migraines ophtalmiques et ophtalmoplégiques, par G. LYON (*Gaz. des hôp., 11 mai 1895*).

La migraine ophtalmique, désignée encore sous le nom d'amaurose partielle temporaire, d'irisalgie, d'hémiopie périodique, de scotome scintillant, etc., est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux, des vomissements semblables à ceux de la migraine vulgaire et précédés par des troubles visuels qui la distinguent de cette dernière; ce qui aussi la différencie de celle-ci, c'est qu'elle s'accompagne de troubles sensitifs et surtout moteurs, habituellement transitoires, mais pouvant aussi devenir permanents à la longue. Avec Charcot et Féré, on doit distinguer des migraines simples, des migraines frustes, des migraines dissociées, enfin des migraines associées. Les malades atteints de cette affection peuvent devenir ultérieurement épileptiques, tabétiques, paralytiques généraux. Il faut administrer, d'après Charcot, du bromure à la dose de 3, 4, 5 et 6 grammes par jour.

La migraine ophtalmoplégique est essentiellement caractérisée par la paralysie de l'un des nerfs oculaires communs, portant non seulement sur la musculature externe, mais encore sur les muscles ciliaires et de l'iris. Cette paralysie qui récidive est accompagnée de phénomènes douloureux ayant la plus grande analogie avec la céphalalgie migraineuse, mais s'en distinguant cependant par leur plus grande analogie. Le traitement est purement palliatif : morphine, antipyrine, électrisation, bromure de potassium, etc. ROHMER.

Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire transitoire, etc. (ophtalmoplégie migraineuse), par CHABBERT (*Paris, 1895*).

Le syndrome de la migraine opthalmique peut se trouver réduit au scotome et à l'hémiopie. Les accès de migraine opthalmique, au bout de très longues années, peuvent se compliquer d'ophthalmoplégie. L'opthalmoplégie, d'abord unilatérale et intéressant les muscles extrinsèques et innervés par le moteur oculaire commun, peut devenir bilatérale et porter à la fois sur l'abducens. Pour l'auteur, en présence de données contradictoires, il reconnaît que la migraine opthalmique et la migraine opthalmoplégique ne constituent pas deux formes distinctes de la migraine classique. Il est des cas où les symptômes, considérés comme caractéristiques de l'une ou l'autre de ces deux affections, se montrent si intimement associés qu'il est impossible de les classer. Il est préférable de désigner ces cas mal définis par le siège de la lésion « paralysie nucléaire », ou même par le symptôme prédominant « opthalmoplégie migraineuse », dénomination qui ne préjuge rien et qui, de plus, a l'avantage, tout en indiquant la périodicité, de ne pas impliquer l'idée d'une affection douloureuse par excellence. ROHMER.

Paralysie traumatique du muscle droit externe à la suite d'une contusion de l'apophyse mastoïde du même côté, par H. ARMAIGNAC (*Journ. méd. Bordeaux, 19 mai 1895*).

Ce fait exceptionnel a été observé sur un enfant de 15 ans qui, à la suite d'une chute, présenta immédiatement du strabisme interne de l'œil gauche. Comme le témoignait une plaie de la région mastoïdienne, c'est sur la face externe de cette apophyse que l'enfant était tombé ; elle avait violemment porté sur l'arête du tibia de l'un de ses camarades. Le lendemain de l'accident on constatait ce strabisme convergent sans autre trouble que de la diplopie et une légère douleur au fond de l'orbite. Traitement par l'électrisation et guérison. L'auteur attribue cette paralysie à une hémorragie dans la gaine de la portion horizontale du nerf comprise dans le sinus caverneux. Toute autre localisation se fût accompagnée d'accidents divers. OZENNE.

Les causes de l'état dit stase papillaire, par ADAMKIEWICZ (*Zeitschr. f. klin. Med., XXVIII, p. 28*).

D'après A. le nom de stase papillaire serait mauvais. De ses expériences il résulte que les vaisseaux centraux étroits situés dans le nerf optique échappent presque complètement à la stase, alors que les larges veines choroïdiennes sont énormément atteintes. La coïncidence fréquente de stase papillaire et de tumeur cérébrale ne signifie rien en faveur de la théorie mécanique souvent invoquée et du rôle accordé à l'augmentation de tension intracérébrale.

Cet état spécial de la papille que A. propose d'appeler névrite hémoparalytique ou papillite œdémateuse du nerf optique dépend d'une irritation portant soit directement sur le nerf optique soit sur les centres trophiques de ce nerf et déterminant une inflammation qui se propage graduellement jusqu'à la papille. A.-F. PLICQUE.

Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese der sogenannten Stauungspapille (Anatomie pathologique et pathogénie de la stase papillaire), par ELSCHNIG (*Graefe's Arch. f. Ophth., XL*).

La stase papillaire a toujours une origine inflammatoire, quelles que soient sa variété et sa cause ; c'est une névrite intra-oculaire ; ce n'est ni l'augmentation de pression intra-cranienne, ni un trouble circulatoire, qui peuvent léser la papille normale. L'auteur avoue, à la fin de son long travail, qu'on ne connaît pas encore le mécanisme de la production de l'œdème ou plutôt de la stase papillaire. ROHMER.

Contribution à l'étude de la névrite œdémateuse d'origine intra-cranienne, par PARINAUD (*Annales d'oculist., juillet 1895*).

Tout concourt à prouver qu'il y a une très grande distance entre les œdèmes papillaires, qui respectent pendant longtemps la fonction visuelle et sont susceptibles de disparaître sans laisser de traces, à la suite d'un traitement essentiellement mécanique (drainage cérébral par trépanation) et les névrites et papillites primitivement inflammatoires qui, bien rarement, guérissent sans laisser au moins des traces d'atrophie et s'accompagnent, dès le début, de troubles visuels intenses. Aussi la théorie infectieuse de Deutschmann est-elle peu admissible ; il en est de même de la théorie de l'altération descendante, de la stase vasculaire, de l'ori-

gine mécanique par tension intra-cranienne, ainsi que de l'œdème lymphatique. Cette dernière lésion débuterait cependant, puis l'étranglement papillaire augmenterait par étranglements de l'anneau scléral; d'où la névrite œdémateuse; l'inflammation survient à la suite du séjour, dans les tissus du nerf, de la sérosité. ROHMER.

Ein Fall von gummöser Neubildung a. d. Sehnerveneintitt (Un cas de production gommeuse au niveau de la papille optique), par SCHEIDEMANN (*Graefe's Arch. für Ophth.*, *XLI*, *1*).

L'auteur a vu chez un individu syphilitique se développer une production dans le fond de l'œil, au niveau de la papille, d'aspect jaunâtre, avec vascularisation assez développée sur les bords : il s'agit là, très probablement, d'une gomme, d'une périvasculite énorme, qui a entouré les vaisseaux de masses granuleuses. C'est surtout au moment de la résorption qu'on peut se rendre compte nettement que c'étaient les vaisseaux qui formaient le noyau des masses néoformées, car ils apparurent plus tard comme le squelette d'une momie au milieu des restes du tissu cellulaire. Pendant tout le temps de la maladie, l'acuité visuelle était restée normale ; dans le champ visuel, il n'y avait qu'un agrandissement de la tache de Purkinje. ROHMER.

Ueber eine Modification der Sehnervenresection bei Gefahr symptomatischer Entzündung (Une modification à la résection du nerf optique pour éviter le danger de l'inflammation sympathique), par WAGENMANN (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, *XLI*, *1*).

L'auteur cautérise le bout périphérique du nerf au niveau du bulbe, et obtient ainsi un tissu de cicatrice de protection ; de plus, il évite le recollement possible des deux extrémités nerveuses, et empêche les communications lymphatiques de se rétablir. La guérison, dans les deux cas où le procédé fut appliqué, se fit aussi rapidement qu'avec la névrectomie ordinaire. ROHMER.

Contribution à l'étude de l'amblyopie toxique (alcool ou tabac), par GILLE (*Thèse de Paris*, *1895*).

L'auteur décrit, d'après les auteurs classiques, l'amblyopie alcoolique et tabagique ; c'est une névrite d'ordre périphérique à laquelle peut se trouver surajoutée une lésion centrale. La lésion, axile, porte d'abord sur la portion centrale, tendant à devenir périphérique, puis totale. Cliniquement, l'auteur décrit une forme ordinaire et une forme grave de l'amblyopie toxique. Le diagnostic est quelquefois épineux. Comme traitement, il faut d'abord et avant tout obtenir la suppression radicale et complète de la cause des accidents, puis on administrera l'iodure de potassium, le mercure, la pilocarpine, la strychnine, les courants continus et les injections sous-cutanées d'antipyrine à 50/100, tous les 2 jours, d'après la méthode de Valude. ROHMER.

Corps étranger de l'œil ayant séjourné pendant sept ans dans la région ciliaire sans entraîner de phénomènes sympathiques, par F. LAGRANGE (*Ann. policlin.*, *Bordeaux*, *novembre 1894*).

Cette observation concerne un homme de 45 ans, qui, sept ans auparavant,

avait reçu un éclat de rivet sur l'œil gauche, au niveau de la région ciliaire. A la suite de l'accident il y eut perte de la vision, quelques accidents inflammatoires, puis cicatrisation de la plaie. Depuis ce jour le blessé n'avait jamais ressenti de douleurs. L'énucléation a été faite récemment ; on a trouvé derrière le cristallin un nodule fibroïde aplati, dur, au milieu duquel existait un corps étranger.

Ce corps étranger était un morceau de bronze irrégulier, ovoïde, plat, long de sept millimètres et large de quatre, présentant une face lisse et l'autre couverte d'aspérités. Le cristallin était opaque, mais intact. La rétine complètement décollée apparaissait comme un cordon tendu du nodule fibreux, gangue contenant le corps étranger à la pupille; autour de ce cordon existait un liquide séreux, limpide, transparent. OZENNE.

Casuistische Beiträge zur Beurtheilung des Werthes der Magnetextraction (De la valeur de l'extraction par l'aimant), par PURTSCHER (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, *avril 1895*).

L'auteur rapporte neuf observations personnelles, dans lesquelles les corps étrangers métalliques purent toujours être extraits à l'aide du petit électro-aimant de Hirschberg, mais avec des résultats finaux variables (hémorragies, cyclite, atrophie, etc.); il oppose cette méthode à celle de Haab qui emploie un gros électro-aimant, et se prononce énergiquement pour celle qu'il a employée. ROHMER.

Ist das linke oder das rechte Auge bei den Berg- und Hütenarbeitern das gefährdetere? (Est-ce l'œil droit ou l'œil gauche qui est le plus exposé chez les mineurs et les ouvriers d'usines?), par NIEDEN (*Centralbl. f. prakt. Augenh.*, *juin 1895*).

Rassemblant les statistiques de Cohn, Trompette, Ottinger et la sienne, l'auteur en arrive à conclure que chez les ouvriers qui travaillent le fer, c'est l'œil gauche qui est le plus exposé, dans la proportion de 59,35 0/0, tandis que le droit ne l'est que pour 40,65 0/0; pour les mineurs, c'est le contraire ; l'œil droit est intéressé dans 51,2 0/0, tandis que le gauche ne l'est que pour 48,8 0/0. La même statistique devrait être dressée pour tous les métiers, afin qu'on puisse exactement apprécier la valeur de l'œil droit chez les travailleurs, en cas d'accidents ; ces statistiques sont le résultat de la loi sur la protection du travail en vigueur, en Allemagne, depuis près de dix ans. ROHMER.

De l'emploi des injections sous-conjonctivales massives, par DE WECKER (*Annales d'oculist.*, *juin 1895*).

L'auteur injecte une demi à une seringue de Pravaz d'une solution à 1/2000, sous la conjonctive, dans les cas d'ulcères de la cornée avec hypopion; 2 ou 3 injections suffisent, aidées de l'occlusion de l'œil, pour arrêter l'ulcération cornéenne, faire résorber l'hypopion et diminuer les douleurs. C'est un excellent moyen, plus actif et plus sûr que tous ceux qui ont été recommandés jusqu'alors contre des cas semblables. ROHMER.

MALADIES
DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Sur l'auto-intoxication acide et le traitement causal des aphtes chez l'adulte, par J.-I. TROUSEWITCH (*Méd. russe, février 1895*).

La prédisposition aux aphtes est souvent familiale, mais il ne s'agit pas là d'une idiosyncrasie ; c'est la prédisposition à certains troubles digestifs qui est héréditaire et ce sont les troubles digestifs qui engendrent les aphtes de la bouche et de la gorge. Comme causes provocatrices de ces troubles digestifs, on trouve chez les malades l'ingestion habituelle des mets acides ou préparés au beurre rance, l'habitude de boire peu en mangeant, de se nourrir de pommes de terre, de pain noir et de substances donnant lieu à des fermentations stomacales. Ces malades ont l'habitude de dormir après le repas de midi, d'où résulte un affaiblissement de l'activité digestive du suc gastrique. Les aliments s'accumulent dans les mêmes portions de l'estomac, à droite ou à gauche, suivant le décubitus pendant le sommeil. A la longue, l'appareil glandulaire s'atrophie, la musculature de l'estomac devient atone. Les fermentations gastriques donnent lieu à une auto-intoxication acide dont les aphtes pharyngo-buccaux ne sont qu'un symptôme localisé.

Chez l'adulte, les aphtes ne se localisent pas exclusivement sur les gencives, mais le plus souvent sur la muqueuse des joues, aux lèvres, sur les bords de la langue et au voisinage des amygdales ; en outre des symptômes ordinaires, ils peuvent entraîner la chute des dents, la fétidité de l'haleine. Dans les cas intenses, on a confondu l'affection avec la stomatite gangréneuse et avec la diphtérie ; par leur siège les aphtes peuvent simuler toutes les variétés de l'angine. Mais on trouve le plus souvent des troubles du côté du tube digestif, entre autres du pyrosis et un goût acide de la bouche 3 ou 4 heures après le repas.

Le traitement doit être non pas local, mais dirigé contre les causes de l'intoxication gastrique ; le bicarbonate de soude, à doses moyennes, 3-4 heures après le repas, est le meilleur médicament, agissant encore mieux comme prophylactique que comme curatif de cette affection.

H. FRENKEL.

Pneumographische Untersuchungen über die Athmung der Stottendern (Recherches pneumographiques sur la respiration chez les bègues), par GUTZMANN (*Wiener med. Blätter, nos 23 et 24, 1895*).

De recherches faites sur 50 bègues à l'aide du pneumographe de

Marey, il résulte que chez les bègues, les influences psychiques (attention, réflexion, etc.), suffisent à modifier le rythme de la respiration et à provoquer des irrégularités de contraction du diaphragme en dehors même de la parole. Ces irrégularités sont dues à des spasmes cloniques ou toniques qui ne sont pas toujours appréciables à la simple inspection ou à la palpation. Le traitement du begayement les fait disparaître aussi bien que les troubles de l'articulation ou de l'émission de la voix. LEFLAIVE.

I. — De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, par MOURE (*Revue de laryngol.*, *15 septembre 1895*).

II. — De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme, par MENDEL (*Ibidem*).

III.— De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, par TERRADE (*Thèse de Bordeaux*, *1895*).

IV. — De l'amygdalite folliculaire ulcérée, par DELIE (*Société de laryngol. belge* · *Revue de laryngol.*, *1er août 1895*).

I. — A début insidieux, ne s'accompagnant pas d'état fébrile marqué, cette forme inflammatoire amygdalienne est peu connue et n'a pas été décrite. Elle est due à l'inflammation aiguë des cryptes dont les produits desquamatifs trop rapidement exsudés ne peuvent s'éliminer. Il en résulte une fonte nécrosique des lacunes qui se caractérise cliniquement par une ulcération grisâtre recouverte d'un magma caséeux qui s'enlève facilement et laisse une surface sanieuse, rougeâtre, formée de petites fongosités. Les bords de cette ulcération sont taillés à pic, et l'inflammation est limitée à ce point, n'englobant pas le reste de la glande. La lésion ne dépasse pas les quelques cryptes où elle s'est développée. Cette ulcération peut n'être pas unique. C'est, d'après l'auteur, la forme exagérée de l'amygdalite lacunaire chronique de Sokolowski. Peu ou pas d'adénite sous-maxillaire.

Les troubles accusés par le malade sont peu importants, dysphagie légère, haleine un peu forte ; c'est, en somme, une lésion bénigne et éphémère. Le diagnostic est quelquefois embarrassant avec la lésion syphilitique, gommes ulcérées notamment ; Moure discute les caractères distinctifs. Un traitement antiseptique simple modifiera rapidement cette lésion dont l'évolution ne dépasse pas 4 à 5 jours. (5 obs. personnelles).

II. — Mendel a observé plusieurs cas de cette forme ulcéreuse qu'il désigne, pour la rapprocher de la lésion la plus similaire, du nom de chancriforme. Sa description concorde avec celle de Moure. Il émet l'hypothèse d'une ulcération de nature herpétique.

III. — Thèse inspirée par Moure, et ne contenant pas d'obs. nouvelles.

IV. — D. publie des cas identiques à ceux de Moure et qui ont guéri avec grande rapidité. Le diagnostic est quelquefois embarrassant.

A. CARTAZ.

Infection collective, de même source, se traduisant chez les uns par une simple amygdalite cryptique, chez les autres par une angine diphtérique grave, par E. MEYER (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 3*, *p. 63*, *21 janvier 1895*).

Le 6 février, 28 personnes font un festin dans un hôtel, alors qu'un des enfants de l'hôtelier était atteint de diphtérie, à laquelle il succombait

quatre jours plus tard. Le 9 février, 8 des 28 convives sont pris d'angine qui, chez 5, se borne à une amygdalite cryptique sans aucune complication, tandis que chez les 3 autres elle se traduit par une diphtérie grave à laquelle 2 succombent le 4e et le 10e jour.

Meyer a pratiqué l'examen bactériologique pour 2 des convives, une fillette et son frère, âgé de 13 ans, qui offraient en apparence une angine cryptique. Il a trouvé chez la première des bacilles de Löffler en culture pure et, chez le second, les mêmes bacilles associés à des streptocoques.

Un monsieur, qui avait soupé le même soir dans une autre salle du même restaurant, tomba également malade le 9 et mourut le 4e jour. On voit qu'ici, chez les 9 malades, la durée d'incubation a été exactement de 3 fois 24 heures. J. B.

I. — Divisions congénitales des piliers du palais, par HERZFELD (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 48*, *p. 1098*, *26 novembre 1894*, *et n° 3*, *p. 63*, *21 janvier 1895*).

II. — Deux cas d'anomalie congénitale des piliers antérieurs du palais, par GAREL (*Revue de laryngol.*, *juillet 1894*).

I. — Herzfeld présente 3 malades atteints d'arrêts de développement de cette nature.

Le premier, un homme de 30 ans, offre une fente dans chacun des piliers antérieurs ; cette fente commence à 2 centimètres de la luette, un peu plus bas à gauche qu'à droite. L'autre homme présente, dans le pilier postérieur droit, deux fentes dont l'une, qui a 1 centimètre et demi de long, commence immédiatement à côté de la luette ; la seconde n'est visible qu'autant qu'on attire ce pilier en dedans. Enfin, une femme de 29 ans a, dans le pilier antérieur gauche, une lacune, de 2 centimètres de longueur sur deux tiers de centimètre de largeur.

Ces malades n'en éprouvent aucun trouble et connaissent l'existence de l'anomalie depuis leur enfance.

Tœplitz (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1892) a publié un cas de division congénitale des piliers antérieurs et n'a pu trouver que 6 faits de ce genre dans la littérature.

Mais Herzfeld se demande s'ils sont vraiment aussi rares.

Dans la discussion, *A. Rosenberg* déclare en avoir noté environ 25 exemples sur 15,000 malades de la gorge.

Flatau ajoute que très souvent aussi la division est incomplète ; on voit alors sur chaque pilier antérieur une fissure symétrique formant cul-de-sac.

II. — Garel signale 2 cas du même genre. J. B.

I. — De l'incision des abcès tuberculeux rétropharyngiens par la région antérolatérale du cou, par Jacques-L. REVERDIN (*Revue méd. Suisse romande*, *XV*, *n° 2*, *p. 87*, *février 1895*).

II. — Abcès rétropharyngien consécutif à une ostéite vertébrale; incision antérolatérale; guérison, par E. KUMMER (*Ibid.*, *n° 3*, *p. 158*, *mars 1895*).

I. — Relation de 3 cas d'abcès rétropharyngiens symptomatiques du mal de Pott cervical, ouverts par le procédé de Burckhardt (*R. S. M.*, XXXII, 639).

Reverdin affirme que l'opération de Burckhardt est d'une exécution facile.

Il la croit indiquée non seulement pour les abcès froids ou tuberculeux, mais encore pour les suppurations septiques dues à la présence de corps étrangers, comme Burckhardt en cite un cas, et même, sauf les cas d'urgence, pour les abcès chauds dits idiopathiques, parce qu'elle garantit mieux contre l'infection.

II. — K. publie une opération de ce genre chez une femme de 43 ans; il s'agissait d'un abcès secondaire à une ostéite vertébrale. Guérison.

J. B.

Zur Ätiologie der tuberculösen Affectionen der Mundhöle (Contribution à l'étiologie des affections tuberculeuses de la cavité buccale), par JARUNSOWSKI (*Munch. med. Woch.*, *n° 18*, *p. 422*, *1895*).

Chez un tuberculeux, l'auteur a noté sur la muqueuse en arrière de la dent de sagesse un ulcère grisâtre entouré d'une rougeur où sont disséminées des granulations tuberculeuses, s'étendant jusque sur le voile du palais. La sécrétion de l'ulcère contenait de nombreux bacilles tuberculeux. La dent de sagesse est cariée, entourée d'une zone d'inflammation pénétrant jusque dans l'alvéole. Après son ablation on trouva dans la cavité de la dent de nombreux bacilles. C. LUZET.

Sur un cas d'angine pseudo-membraneuse, observée chez une syphilitique, avec présence exclusive dans l'exsudat des formes levûres du muguet, par TEISSIER (*Archives de méd. exp.*, *VII*, *2*).

Une femme de 23 ans atteinte de syphilis et présentant des syphilides papulo-érosives de la gorge, est prise des symptômes d'une angine aiguë fébrile, au cours de laquelle se développent sur le voile du palais des plaques blanches d'aspect diphtéroïde. Ces plaques sont fermes, adhérentes; ce sont bien des fausses membranes qui diffèrent des enduits de l'angine crémeuse ou pultacée, et ne se désagrègent pas dans l'eau. Un examen approprié montre que cet exsudat est constitué exclusivement par des spores vivaces de l'oïdium albicans sans mycélium : cet état semble correspondre à un optimum de conditions de développement. Il est à remarquer qu'il n'y avait ici ni cachexie, ni sécheresse ou acidité de la bouche. GIRODE.

Remarks on some cases of mycosis of the nose and throat, par J. WRIGHT (*New York med. Journ.*, *p. 1*, *6 juillet 1895*).

L'auteur a observé une vingtaine de cas de mycose du nez et du pharynx, dus au leptothrix buccalis. Tous les traitements employés ont échoué; la cautérisation a été sans avantage, excepté sur les amygdales : mais sur le pharynx, la base de la langue et les piliers, elle est toujours douloureuse. Il faut admettre que ces malades guérissent spontanément, sans que le traitement appliqué au moment de la guérison puisse être considéré comme curateur.

La mycose peut être observée dans toutes les parties des conduits respiratoires, mais se développe presque exclusivement chez les femmes.

MAUBRAC.

Tumor des Rachens, par RIBBERT (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, *n° 3*, *p. 85*, *1er février 1895*).

Vieillard ayant, dans la partie invisible de la gorge, une tumeur donnant

souvent lieu à des accès de suffocation qui cessaient par l'ingestion d'eau. Ultérieurement, apparut une tumeur au niveau du lobe gauche du corps thyroïde.

A l'autopsie, sur la paroi gauche du pharynx, au niveau de l'orifice du larynx, tumeur de la grosseur d'une noix, à court pédicule, à surface muqueuse lisse ; il s'agissait d'un cancer à épithélium pavimenteux.

La tumeur cervicale, grosse comme un œuf de poule, était formée par un ganglion dégénéré. J. B.

Die Exstirpation der carcinösen Epiglottis mittelst der Pharyngotomia subhyoidea, par A. ROSENBAUM (*Berlin. klin. Woch., n° 4, p. 90, 28 janvier 1895*).

Rosenbaum donne son opération comme le premier exemple d'ablation totale de l'épiglotte, les 4 autres cas connus n'étant que des amputations de la portion libre de ce cartilage.

Homme de 64 ans. Epiglotte transformée en une tumeur dure, bosselée, offrant sur les bords des excroissances en chou-fleur ; envahissement du ligament aryépiglottique droit. L'examen microscopique de fragments excisés confirme le diagnostic de cancer.

Trois jours avant l'ablation de la tumeur par laryngotomie, trachéotomie. L'opération fut faite selon les préceptes de Langenbeck ; toutefois pour ménager le rameau interne du nerf laryngé supérieur, si important pour la prophylaxie de la pneumonie par déglutition, on suivit le procédé suivant : d'abord on extirpa, à partir de l'os hyoïde, les muscles sous-hyoïdiens, de façon à respecter les bords externes des crico-thyroïdiens ; puis l'on chercha le laryngé supérieur immédiatement à côté de l'extrémité de la grande corne hyoïde et on l'isola jusqu'à son entrée dans la membrane thyro-hyoïdienne. On l'écarta ensuite en dehors et en bas pour sectionner le ligament thyro-hyoïdien latéral et même inciser, un centimètre plus loin, la paroi latérale du pharynx, sans crainte de léser le nerf. Le cinquième jour, on retira la canule trachéale ; pendant 6 jours, alimentation exclusive par la sonde œsophagienne, à demeure dans le nez ; à partir du douzième jour, on commença l'alimentation naturelle. La guérison se maintient depuis 18 mois, sans que l'absence complète de l'épiglotte ait en rien gêné la déglutition.

J. B.

Dent nasale surnuméraire, par SCHÖTZ (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1118, 3 décembre 1894*).

Jeune homme de 19 ans ayant de l'obstruction de la narine gauche, due au gonflement du cornet inférieur, occasionné par une dent dont la pointe avait pénétré dans son tissu spongieux.

Cette dent, une incisive, se dressait verticalement à 2 centimètres en arrière de la narine. Extraction. Elle était entourée d'un bourrelet muqueux de structure beaucoup plus dense que celle de la muqueuse nasale et ressemblant à une véritable gencive. Comme il ne manquait au malade qu'une des molaires droites, il s'agissait donc d'une dent surnuméraire. J. B.

Microorganisms in the healthy nose, par SAINT-CLAIR, THOMSON et R. HEWLETT (*Brit. med. Journ., p. 1204, 1er juin 1895*).

Les auteurs ont examiné 13 individus sains, et fait de nombreuses cultures des liquides provenant des fosses nasales.

On doit complètement séparer le vestibule nasal des fosses nasales proprement dites. Les mucosités du vestibule sont toujours riches en microorganismes. Au contraire, la muqueuse de Schneider n'est presque jamais contaminée : dans 80 0/0 des cas, le mucus s'est montré complètement stérile. Il faut en conclure que dans le vestibule, une filtration de l'air s'opère par les vibrisses qui tapissent la peau des narines, et par l'humidité de la muqueuse qui fixe les poussières animées. Ceci du reste est confirmé par la rareté relative de la tuberculose des fosses nasales.

H. R.

I. — Etiology of membranous rhinitis, par M. P. RAVENEL (*Med. News, p. 537 et 574, mai 1895*).

II. — Two cases of laminated fibrino-plastic rhinitis, par Braden KYLE (*New York med. Journ., p. 4, 6 juillet 1895*).

I. — L'auteur rapporte dix observations personnelles de rhinite membraneuse, dans lesquels l'examen bactériologique a été pratiqué.

Sept fois on a trouvé dans les membranes le bacille de Klebs-Löffler, très virulent, et qu'on a pu obtenir à l'état de pureté.

Dans deux cas, le bacille isolé était très semblable à celui de Klebs-Löffler, mais paraissait fort atténué.

Dans ces cas, on ne découvrit qu'un coccus volumineux sans bacille.

Tous ces malades ont guéri. Il est à noter cependant que les cultures les plus virulentes des bacilles de Löffler ont été souvent obtenues avec des membranes provenant de malades chez lesquels les troubles généraux étaient fort légers, et même chez quelques-uns entièrement absents.

II. — Chez une petite fille qui avait eu trois jours auparavant une abondante hémorragie nasale et qui depuis souffrait beaucoup dans le nez, présentait une fausse membrane qui s'étendait de la surface mucocutanée du nez à la muqueuse naso-pharyngée, recouvrant le pharynx et les amygdales : les deux narines étaient entièrement obstruées. La membrane était très adhérente, et son extraction s'accompagna d'hémorragie : après lavage à l'eau oxygénée et attouchement avec une solution d'acide chromique, la membrane ne se reforma plus. Guérison sans incident.

Les symptômes généraux avaient été des plus légers : pas de tuméfaction des ganglions.

La deuxième observation qui concerne le frère de cette petite fille, est semblable à celle-là. Dans la membrane on constata des staphylocoques mais pas de bacille de Klebs. Malgré que la maladie ait frappé deux enfants de la même famille, la contagion paraît devoir être écartée.

MAUBRAC.

Bemerkungen über Gummata der Nasenschleimhaut, par SCHEINMANN (*Berlin. klin. Woch., nº 49, p. 1119, 3 décembre 1894*).

Scheinmann appelle l'attention sur une catégorie de gommes assez rares, siégeant sur la paroi externe des fosses nasales et ne donnant longtemps lieu à aucun symptôme, car elles ne sont pas ramollies; il en rapporte 3 cas.

1º Homme de 33 ans, se plaignant depuis des mois d'une obstruction progressive de la fosse nasale droite; une opération locale n'a apporté aucun

soulagement. Depuis quelque temps, d'autres symptômes sont apparus ; sécrétion profuse, croûtes, etc. Le segment antérieur du cornet inférieur est normal, tandis que toute la moitié postérieure est tuméfiée ; mais le gonflement s'accentue insensiblement d'avant en arrière, de sorte qu'on pourrait croire à une anomalie ; la tuméfaction est de consistance dure et de surface à peu près lisse ; il reste entre elle et la cloison à peine assez d'espace pour un stylet très mince. La rhinoscopie postérieure révèle sur la paroi pharyngée postérieure, un ulcère à fond jaune, à bords renversés et indurés qui commence à la hauteur de la base de la luette

2° Homme ayant la déglutition douloureuse. Ulcération du calibre d'une cerise sur la paroi postérieure du pharynx ; deux autres ulcérations, l'une sur l'amygdale droite, l'autre sur la fausse corde vocale droite et le cartilage aryténoïde. Tumeur de la portion antérieure du cornet inférieur gauche, d'aspect identique à celle du malade précédent.

3° Homme se plaignant de gêne de la déglutition et d'une obstruction croissante du nez. A la paroi postérieure du pharynx, gomme de la grosseur d'une prune, ramollie au centre. Même tuméfaction de la portion postérieure du cornet inférieur gauche que dans le premier cas.

Ces 3 malades ont été rapidement guéris par l'iodure de potassium. Chez tous trois, la lésion du cornet offrait comme traits communs : une coloration à peu près normale, une consistance dure et une transition graduelle entre la portion de cornet ayant gardé sa configuration et celle qui était gonflée et indurée.

Dans la discussion, *Schœtz* déclare que la nature syphilitique de l'infiltration des cornets ne lui paraît pas démontrée, bien que les gommes y soient connues. Pour lui, en présence des altérations spécifiques du pharynx et de la seule tuméfaction fusiforme du cornet, il penserait toujours à un gonflement inflammatoire simple.

Scheinmann réplique que la rapide disparition des tumeurs du cornet sous l'influence de la médication iodurée est la preuve de leur nature syphilitique. J. B.

Observations de tumeurs tuberculeuses de la cloison nasale, par HICQUET (*La Policlin. Bruxelles, 15 mai 1895*).

L'auteur a recueilli chez des femmes atteintes de plaques lupeuses de la peau six observations de tumeurs tuberculeuses de la cloison nasale. Quatre d'entre elles étaient âgées de 20 à 25 ans et portaient une tumeur inégale, mamelonnée, d'un côté de la cloison cartilagineuse et obstruant la fosse nasale. Traitement par le curettage et la cautérisation au chlorure de zinc; guérison avec perforation de la cloison en deux mois pour deux d'entre elles, beaucoup plus lente chez les deux autres.

Dans les deux autres cas (femmes de 55 et 41 ans) il existait un gonflement du dos du nez avec tumeurs non ulcérées des deux côtés de la cloison, obstruant complètement la lumière des fosses nasales. Le traitement a consisté en incision des téguments sur la face dorsale du nez, ablation des productions tuberculeuses et cautérisations au nitrate d'argent. Il y a eu récidive et malgré de nouvelles cautérisations la guérison n'est pas obtenue. OZENNE.

Empyème du sinus maxillaire, compliqué d'ostéo-périostite orbitaire ; abcès du lobe frontal et atrophie du nerf optique ; mort, par PANAS (*Bull. Acad. de méd., 13 mars 1895*).

Homme de 31 ans, à la suite de la carie d'une molaire supérieure, suppu-

ration du sinus maxillaire droit, à laquelle succède une ostéo-périostite suppurée du plancher et de la paroi interne de l'orbite. Quelques jours plus tard la suppuration gagne le sinus frontal, défonce la voûte orbitaire, et, l'inflammation se propageant au nerf jusque dans la canal optique, une amaurose subite apparaît. Malgré un traitement énergique (incision, lavage, etc.), l'encéphalo-méningite ne peut être conjurée et le malade meurt 6 semaines après le début des accidents. A l'autopsie on a trouvé, outre les lésions suppurés de la méningo-encéphalite (abcès dans le lobe frontal), du pus dans le sinus, et la perforation de la voûte orbitaire siégeant près du canal optique. Quant au nerf optique, dont la compression, dans le canal optique, avait été la cause de l'amaurose, il présentait au microscope les lésions ordinaires de la névrite. OZENNE.

Ostéomes des fosses nasales, crises épileptiformes; ablation de la tumeur, par ADENOT (*Lyon méd., 28 avril 1895*).

Homme de 27 ans. Depuis 5 ans, crises nocturnes épileptiformes, non améliorées par le bromure. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Respiration nasale difficile. On trouve en effet la fosse nasale droite obstruée par une tumeur dure, osseuse, développée sur le plancher, à base étalée. Ablation par l'ostéotomie verticale du nez.

Suspension immédiate des crises épileptiformes, qui reparaissent après un mois, mais moins fréquentes et moins longues.

La tumeur appartient au groupe des ostéomes ostéogéniques, avec coque cartilagineuse.

L'auteur discute la question de pathogénie des ostéomes des sinus et leur évolution. A. CARTAZ.

I. — Ueber 5 neue Fälle von blutender Geschwulst des Septums, par HEYMANN (*Berlin. klin. Woch., n° 49, p. 1119, 3 décembre 1894*).

II. — Discussion de la Société laryngologique (*Ibidem*).

III. — Demonstration von blutenden Polypen der Nasenscheidewand, par SCHEIER (*Ibid., n° 3, p. 63, 21 janvier 1895*).

I. — Les 5 nouveaux cas de polype saignant de la cloison, observés par Heymann, concernent exclusivement des personnes du sexe féminin, âgées de 11 à 50 ans et dont aucune n'était enceinte. Toutes ces tumeurs siégeaient sur la partie antérieure de la cloison, à différentes hauteurs, 3 fois à droite et 2 à gauche. Leur grosseur variait d'une lentille à une noisette. Le symptôme prédominant était des hémorragies profuses. 3 des malades avaient la respiration gênée ; une éprouvait de légères douleurs ; enfin la fillette de 11 ans avait le méat nasal correspondant entièrement obstrué. Dans ce dernier cas, la tumeur, lisse et d'un bleu noir sale, avait l'aspect malin. Chez les 4 autres malades, la surface des tumeurs était granuleuse. Toutes offraient des sillons. Le pédicule d'insertion n'était mince que chez une. L'hémorragie opératoire a toujours été abondante, mais s'est arrêtée d'elle même ; une fois la tumeur complètement enlevée, Heymann a pratiqué l'examen microscopique de 3 de ces tumeurs. Elles étaient formées essentiellement par un tissu conjonctif lâche, riche en cellules et présentant de nombreuses lacunes vas-

culaires. Ces lacunes vasculaires avaient une configuration irrégulière et des parois d'épaisseur variable, prenant même par places le caractère de parois artérielles ; par-ci, par-là, on apercevait leur revêtement épithélial. Les interstices interlacunaires étaient nuls ou au contraire assez vastes. Presque toujours les lacunes vasculaires contenaient du sang et de nombreuses hématies et quelques globules blancs ; nulle part il n'y avait ni glandes ni nerfs. En divers points, il existait des hémorragies dans le tissu de la tumeur et sous la muqueuse ; ces hémorragies étaient traversées par des fibres étirées représentant probablement les parois altérées des lacunes vasculaires. Le revêtement épithélial des tumeurs était variable. Sur la tumeur la plus antérieure (celle de la fillette) il existait un épithélium pavimenteux stratifié, aplati et corné dans ses couches supérieures et formé profondément de grosses cellules nucléées et multiangulaires. Sur les deux tumeurs les plus élevées, l'épithélium, beaucoup moins épais, était cylindrique superficiellement. Sur quelques points, il persistait des restes de cils.

II. — *Alexander* a examiné 3 tumeurs de ce genre ; la première était un granulome ; dans la deuxième, prédominaient les vaisseaux sanguins et le tissu conjonctif dans la dernière.

Heymann, qui a opéré en tout 9 polypes saignants, a toujours vu l'hémorragie cesser spontanément et ne pas se reproduire après l'ablation complète de la tumeur. Une seule fois, il lui a été impossible d'achever l'opération en une seule séance, à cause de l'abondance du sang qui a nécessité un tamponnement ; il a enlevé le reste de la tumeur dès le lendemain. Mais c'est précisément le seul cas qui ait récidivé plusieurs fois ; au bout de 4 à 6 semaines la récidive était annoncée par la réapparition des hémorragies.

III. — 1° Homme de 23 ans, pris brusquement il y a 15 jours d'une violente épistaxis avec perte de plus d'un quart de litre de sang ; 8 jours plus tard, nouvelle hémorragie encore plus forte. Fosse nasale droite complètement imperméable à l'air. La tumeur, qui remplissait toute la narine, partait de la portion antéro-inférieure de la cloison et formait un champignon à pédicule court et mince. L'ablation avec l'anse froide fut suivie d'une hémorragie qui résista à des galvano-cautérisations répétées et ne céda qu'à un tamponnement de gaze au dermatol aidé de la compression extérieure de la narine. Au bout de 8 jours, récidive à progrès rapides. Il s'agissait d'un lymphangiome télangiectasique.

2° Homme de 51 ans, chez lequel l'affection avait débuté aussi par des épistaxis profuses. La tumeur était insérée sur le côté droit de la cloison, un peu plus en arrière que chez le précédent ; elle saignait au moindre contact et avait une surface lisse. C'était un fibrome vasculaire. (*R. S. M.*, XLV, 289.)

J. B.

Périchondrite laryngo-trachéale, avec abcès, d'origine grippale, par E.-G. MOURE (*Journal méd. Bordeaux*, 26 mai 1895).

Jeune femme de 20 ans. Accidents ordinaires de la grippe ; le cinquième jour, vive douleur à la partie latérale gauche du cou, exagérée par les mouvements de déglutition. La pression du doigt la réveille, lorsqu'on appuie, à l'extérieur, sur l'extrémité externe de la branche gauche de l'os hyoïde, et à l'intérieur, sur la partie latérale de l'épiglotte. Les jours suivants, cette douleur s'accroît, s'étend à tout le larynx et devient lancinante, avec irradiation

vers les deux branches du maxillaire et vers les oreilles ; gonflement de toute la région laryngienne ; l'examen laryngoscopique fait constater de la congestion de l'épiglotte, des aryténoïdes et des ligaments aryténoïdiens et une tuméfaction masquant la corde vocale gauche. Fièvre, abattement. Au bout d'une semaine de cet état, une légère amélioration se produit à la suite de l'expectoration de quelques crachats contenant des stries de pus ; puis à partir de ce jour, disparition graduelle de la douleur, du gonflement du cou et de la fièvre ; la déglutition devient de jour en jour plus facile et la voix est recouvrée. Un nouvel examen du larynx fait percevoir, outre une rougeur générale, un champignon blanchâtre porté par une saillie rouge au-dessous des bandelettes vocales, au niveau de l'insertion thyroïdienne. Quinze jours plus tard, guérison complète. OZENNE.

Sur les troubles laryngés dans la syringomyélie, par A. CARTAZ (*Annales mal. de l'or., juillet 1895*).

L'auteur a examiné 17 cas de syringomyélie ; il n'a étudié que les désordres sensitifs et moteurs du larynx et du pharynx, laissant de côté les lésions dans la sphère du trijumeau, des divers nerfs de la face. Sur ces 17 cas examinés, il y avait une modification de la sensibilité ou de la motricité dans près de la moitié des cas ; 4 fois, abolition des réflexes, 7 fois, paresthésie ou anesthésie, 5 fois, paralysie d'une corde vocale (paralysie du crico-aryténoïdien postérieur dans 3 cas, une fois avec atrophie des plus nettes de la corde, 2 fois paralysie du récurrent).

Ces faits concordent avec les observations de Schlesinger (*Neurol. Centralb.*, 1893) ; les troubles sensitifs sont plus fréquents que les troubles moteurs ; ils se montrent, du reste, indépendamment les uns des autres, correspondant, en général, au côté le plus affecté. Du côté du larynx, les troubles moteurs sont caractérisés par des paralysies plus ou moins complètes, mais on n'observe pas, comme dans le tabes, les crises et les spasmes.

Le début de ces accidents est silencieux, survient ordinairement quand la maladie est déjà accentuée ; la marche est progressive et fatale. A. C.

Anévrisme de l'aorte, paralysie du récurrent droit, par CHAPUIS (*Lyon médical, 25 août 1895*).

Observation rare de paralysie du nerf récurrent du côté droit observé chez un malade atteint d'anévrisme de l'aorte. Le malade avait eu la syphilis à l'âge de vingt ans. A. C.

Zur Totalexstirpation des Kehlkopfes, par J. ROTTER (*Berlin. klin. Woch., n° 6, p. 120, 11 février 1895*).

Un des gros dangers de la laryngectomie totale est la communication béante entre la plaie opératoire et le pharynx. Bardenheuer (*R. S. M.*, XXXVIII, 311) et Poppert (*R. S. M.*, XLIII, 308) se sont déjà efforcés d'y remédier.

Rotter pense y avoir encore mieux réussi chez un homme de 72 ans, auquel il a fait l'ablation totale du larynx pour un cancer épithélial non corné.

La perte de substance de la muqueuse pharyngienne, entre l'œsophage et l'os hyoïde, avait l'étendue d'une paume de petite main. Les lèvres de la muqueuse furent réunies par deux rangs de suture au catgut. Puis Rotter réunit

par-dessus, successivement, les muscles sectionnés, constricteurs inférieurs du pharynx, sterno-thyroïdiens et thyro-hyoïdiens, pour renforcer la paroi pharyngée ; enfin, il sutura la plaie cutanée, ne la laissant ouverte qu'au niveau de ses angles.

Il n'eut pas besoin de recourir à la sonde œsophagienne pour alimenter le malade, qui se levait huit jours après l'opération.

L'examen des pièces a révélé la coexistence d'une laryngocèle ventriculaire bilatérale, c'est-à-dire d'un diverticule des ventricules de Morgagni, formant extérieurement, de chaque côté du larynx, une tumeur de la grosseur d'une noisette à gauche, et de la grosseur d'un haricot à droite, que Rotter avait prise pour des ganglions engorgés. Neuf mois plus tard, il n'y avait pas trace de récidive. J. B.

Sulle manifestazioni auricolari dell' isterismo, per G. GRADENIGO (*Arch. ital. di otol.*, *I*, *II et III*).

Travail considérable, établi d'après toutes les observations publiées dans plus de 400 recueils et 37 cas personnels étudiés avec le plus grand soin. C'est un document bibliographique des plus complets sur ce sujet.

Les troubles hystériques du côté de l'oreille peuvent être divisés en cinq groupes :

1° Modification de la sensibilité spéciale acoustique (anesthésie, hypoesthésie, hyperesthésie) ;

2° Modification de la sensibilité de la peau du pavillon et du conduit (anesthésie, hyperesthésie) et de la muqueuse pharyngo-nasale;

3° Otalgies, dont la cause, en dehors de la cause fondamentale névropathique, peut être liée à des causes variées d'ordre pathologique, inflammation, otite, furonculose, etc.

4° Phénomènes réflexes (zones hystérogènes de l'organe auditif) caractérisés par de la toux, des vertiges, des nausées, des bruits subjectifs, enfin de véritables crises hystériques ;

5° Troubles vaso-moteurs, consistant en rougeur, hyperémie, hémorragies périodiques avec ou sans lésion de l'appoint auditif.

L'auteur étudie successivement ces diverses manifestations, montre leurs rapports avec la névrose originelle, indique le diagnostic des cas simulés et enfin formule le traitement de ces troubles particuliers, traitement qui doit être à la fois local et général. Un résumé de la plupart des observations importantes est donné dans le cours du travail, je ne crois pas qu'un seul fait publié depuis un certain nombre d'années dans les recueils médicaux ait échappé aux investigations de G. dans ce travail d'encyclopédie spéciale. A. CARTAZ.

Hysterical (so called) and functional deafness, par W. DALBY (*Brit. med. Journ.*, *p. 574, 16 mars 1895*).

Dalby ne croit pas à la surdité hystérique. C'est un phénomène purement psychique : les malades entendent parfaitement, mais se figurent qu'elles sont dans l'impossibilité d'entendre et surtout de parler; ce n'est donc pas une surdité fonctionnelle, puisque la fonction persiste. Il y a au contraire des surdités fonctionnelles, comme celles qui surviennent chez des enfants atteints de vers intestinaux, et qui recouvrent le sens de l'ouïe après l'expulsion d'un paquet de lombrics. H. R.

A case of functional deaf mutism, par W. RAMSOM (*Brit. med. Journ.*, *2 mars 1895*).

Un garçon de 19 ans se couche un soir en parfaite santé, et se relève le lendemain matin, affecté de surdi-mutité complète, n'entendant pas le bruit d'une arme à feu tirée à côté de lui et incapable de proférer une syllabe. Intelligence complète ; l'écriture et la lecture sont aussi faciles que d'habitude. Cet état dure cinq semaines sans modification. H. R.

Étiologie du vertige auditif, par BRAINA GRUENBERG (*Thèse de Berne*, *1894*).

L'auteur a institué trois séries d'expériences : 1° Infection expérimentale des canaux semi-circulaires chez le lapin au moyen de spores de l'aspergillus fumigatus injectés par la veine jugulaire. 2° Irritation de l'oreille externe au moyen du froid. 3° Excitation électrique de l'appareil auditif.

Dans les expériences d'infection expérimentale, le vertige ne s'est produit que dans la minorité des cas, et alors l'autopsie a toujours fait reconnaître des filaments de mycelium dans le labyrinthe.

La réfrigération du conduit auditif par le chlorure de méthyle a constamment provoqué le vertige, en déterminant probablement le spasme vasculaire réflexe de l'oreille interne.

L'excitation électrique donne rarement lieu au vertige, et alors il est d'habitude associé à du nystagmus. Toutes les fois que l'oreille est préalablement enflammée, les effets des courants électriques sont beaucoup plus manifestes. H. R.

I. — **Sulla cura razionale dell' otite media acuta, studio clinico e batteriologico, par G. GRADENIGO et PES** (*Giorn. delle R. Accad. di Torino*, *XLII*, *6 à 8*, *et Arch. f. Ohrenh.*, *XXXVII*, *1 et 2*).

II. — **Les staphylocoques pyogènes dans les otites moyennes aiguës et chroniques et, en particulier, de leur mode de traitement, par les mêmes** (*Annales des mal. de l'or.*, *juillet 1895*).

III. — **A propos du rôle des staphylocoques dans l'otorrée, par LERMOYEZ et HELME** (*Ibidem*).

I. — G. et P. repoussent dans le traitement de l'otite suppurée aiguë les lavages répétés, les douches d'air et les agents antiseptiques, même pulvérulents qu'on a l'habitude d'insuffler dans le conduit auditif externe. Ils remplacent ces moyens par un pansement aseptique, répété au plus 2 fois par 24 heures, du conduit, avec une bande de gaze stérilisée ou iodoformée, qu'ils introduisent avec précaution jusqu'au voisinage de la membrane du tympan, cela suffit pour draîner le pus. Occlusion de l'oreille avec de la gaze, de l'ouate et des bandes. Ce procédé leur a donné les meilleurs résultats.

II. — Critique du travail de Lermoyez et Helme, analysé précédemment (*R. S. M.*, XLV, 699) ; G. et P. se refusent à admettre cette infection secondaire produite par le conduit externe et le staphylocoque comme la cause fréquente de la chronicité des otites.

III. — Réponse de L. et H. à la note précédente. Réfutation très courtoise, mais très catégorique. A. CART

eitrag zur operativen Behandlung..... (Traitement chirurgical de la thrombose des sinus contigus à l'oreille avec infection générale), par REINHARD (*Deutsche med. Woch.*, *n° 13*, *p. 203*, *1895*).

L'intervention chirurgicale sur les sinus atteints de phlébite d'origine otitique a été pratiquée 24 fois, 13 fois l'évacuation du foyer purulent a été précédée de la ligature de la veine jugulaire. Ces 24 opérations ont donné 16 guérisons et 8 morts (Schubert). Reinhard a eu l'occasion de pratiquer, 3 fois, avec un plein succès, l'ouverture du sinus; dans ces cas, il s'agissait de phlébite du sinus avec foyers de suppuration liés à une otite moyenne purulente chronique; 2 fois le sinus a été trouvé plein de pus; dans l'autre cas, le sinus était vide et ne renfermait que de l'air, ce dernier cas a présenté une convalescence longue et difficile, il s'agissait de lésions tuberculeuses de l'apophyse mastoïde et de l'oreille moyenne, cependant le malade a guéri comme les deux autres. H. DE BRINON.

A case of aural pyœmia without sinus thrombosis treated by ligature of the internal jugular vein and plugging of the lateral sinus, par Edw. DEAWSLEY (*Brit. med. Journ*,, *13 avril 1895*).

Une fillette de 4 ans est prise d'otite double le 11 juin, au douzième jour d'une scarlatine. Le 28 juillet, abcès mastoïdien gauche que l'on incise et qui donne issue à du pus fétide. Le 1er août, frissons accompagnés de vomissements, les jours suivants, répétition des frissons; le 4, frissons plus graves et fièvre énorme. On diagnostique une phlébite du sinus latéral gauche avec pyohémie secondaire.

Le jour même, ligature de la veine jugulaire gauche que l'on trouve saine, trépanation de l'apophyse mastoïde, extraction d'un séquestre. On arrive sur le sinus latéral qui n'est pas thrombosé et qu'on ouvre; on le bourre de gaze iodoformée. Suites immédiates régulières, mais état général mauvais; sans nouveau frisson, l'enfant succombe à la septicémie le 17 août.

A l'autopsie, caillot fétide dans le sinus gauche et la veine jugulaire gauche, épanchement sous-arachnoïdien, infiltration de la caisse droite par du pus; pas de thrombose du sinus correspondant. Deux abcès métastatiques pulmonaires. H. R.

Ueber die Ätiologie einer im Verlauf..... (De l'otite moyenne de nature diphtéritique), par KUTSCHER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 10*, *p. 162*, *1895*).

Kossel a déjà publié 2 cas d'otite moyenne purulente avec perforation dans lesquels la nature diphtéritique du pus a été nettement constatée, bien qu'il fut impossible de retrouver les bacilles de Lœffler dans l'espace naso-pharyngien.

Dans le cas observé par Kutscher, qui concerne un enfant de 30 mois, l'affiliation de l'otite a été plus nette. Les bacilles diphtériques ont donné lieu d'abord à une angine suivie de croup qui guérit après la trachéotomie et l'injection de sérum. Quinze jours après, l'oreille moyenne devint le siège de suppuration et on constate, dans le pus, des cultures presque pures de bacilles de Lœffler et quelques colonies de staphylocoques dorés qui ne peuvent entrer en ligne de compte en raison de leur petit nombre. H. DE BRINON.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année ou le volume ne sont pas indiqués sont de 1895.

A

Abcès. — Gaz du pus, abcès gazeux, pneumothorax essentiel, par Barjon. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 7.) — Abcès sous-phréniques, par J.-P. Lang. (*Thèse de Moscou.*)

Abdomen. — Méthode de détermination topographique des viscères abdominaux et des replis du péritoine, par Debierre. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — Contusion abdominale, lésion du duodénum, péritonite, mort, par Mme Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen, par Gachon. (*Thèse de Paris.*) — De l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen, par Michaux. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 200.) — Coup de feu de l'abdomen, laparotomie, mort, par Dubujadoux. (*Arch. de méd. mil.*, août.) — Des anomalies et complications de la cicatrisation de l'ombilic, par Grémillon. (*Thèse de Paris.*) — Ombilic et tumeurs de l'abdomen, par Demons. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Fibrome pédiculé et non encapsulé de la paroi abdominale, par Mermet. (*Soc. anat. Paris*, 26 avril.) — Fibrome de la paroi abdominale, par Fieux. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juillet.) — Du pronostic opératoire des fibromes des parois abdominales, par Turner. (*Thèse de Paris.*) — Sarcome pédiculé de la peau de l'ombilic, par Sourdille. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — De la fixation de l'épiploon dans les opérations abdominales, par Laroyenne. (*Lyon méd.*, 12 mai.) — Limites du drainage dans les suppurations de la cavité abdominale, par Barker. (*Brit. med. j.*, 25 mai.)

Accouchement. — Statistique du service d'accouchements de la Charité octobre 1891 à décembre 1894, par Merle et Mlle Hénault. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Compte rendu de la Clinique obstétricale de Marseille, par Queirel. (*Soc. obst. de France*, 18 avril.) — Statistique du service de la Pitié 1893-94, par Maygrier. (*Ibid.*) — De l'Assistance obstétricale à domicile dans le IIe arrondissement, par Sebillotte. (*Ibid.*) — Application des principes de

l'asepsie à la pratique obstétricale, par Fry. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Le développement de la force de l'utérus au cours de l'accouchement, par Schatz. (*Wiener med. Blätter*, 26.) — Mensurations thermométriques chez les accouchées, par Leopold. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 1.) — Température, pouls et respiration pendant le travail et les suites de couches, par Probyn-Williams et Cutler. (*Trans. obst. Soc. London*, XXXVII, p. 19.) — Combien de temps faut-il laisser les accouchées étendues, par Barker. (*N.-York med. j.*, 6 juillet.) — Sur l'effacement du col par Bué. (*Soc. obst. de France*, 18 avril.) — Du traitement des seins après l'accouchement, par Reynolds. (*Boston med. Journ.*, 11 avril.) — Préservation du périnée, par Mc Cartie. (*N.-York med. j.*, 25 mai.) — Du dégagement manuel de la tête comme mode de protection du périnée, par Hermite. (*Thèse de Lyon.*) — Effets des injections vaginales au sublimé, prolongation du premier temps du travail, par Herman. (*Clin. Sketches*, juillet.) — Traitement local des contusions génitales pendant l'accouchement, par Barker. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Rapports de la rétinite albuminurique avec la tendance à l'accouchement prématuré, par Snell. (*Brit. med. j.*, 22 juin.) — Incision profonde du col pour la délivrance rapide, par Edgar. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Travail retardé, par Stahl. (*Ibid.*, juin.) — Inutilité des injections vaginales pendant les suites de couches et dangers qu'elles peuvent même présenter dans certains cas, par Sébilleau. (*Thèse de Paris.*) — De l'expression utérine appliquée à l'accouchement, par Strassmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 déc. 1894.) — Torticolis et paralysie faciale à la suite d'un accouchement spontané en première position du sommet, par B.-S. Schultze. (*Ibid.*, 3 déc. 1894.) — Un cas de triple accouchement, par Denison. (*Med. Record*, 20 avril.) — De la transformation manuelle des présentations de la face et du front en présentations occipitales, par Thorn. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXI, 1.) — Traitement des présentations de la face, par v. Weiss (*Ibid.*, XXXII, 3.) — Des irrégularités du mouvement de rotation dans les variétés postérieures de la présentation de sommet, par Sécheyron. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 avril.) — Du pronostic dans la présentation du siège, par Cocagne. (*Thèse de Paris.*) — De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées, par Kehrer. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Injection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain, par Galtier. (*Thèse de Paris.*) — Enroulements, brièveté du cordon, par Mc Gillicudy. (*N.-York med. j.*, 13 avril.) — Fracture du bassin pendant l'accouchement, par Borel. (*Lyon méd.*, 12 mai.) — Accouchement prématuré artificiel, procédé de décollement des membranes, par Kufferath. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Bassin rétréci, accouchement prématuré artificiel, par Roux. (*Gaz. des hôp.*, 18 juin.) — Accouchement prématuré artificiel dans les cas de rétrécissement du bassin, par H. Vogt. (*Norsk Magazine*, mai.) — Pronostic fœtal de l'hydramnios, par Demelin. (*Journ. des Praticiens*, n° 1, 2e série.) — Sur l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles *post mortem*, par Claverie. (*Thèse de Paris.*) — Bassin rétréci, accouchement prématuré artificiel, par Roux. (*Marseille méd.*, 15 juin.) — Un cas d'hydramnios chez des trijumeaux monoovulaires, par W.-S. Grouzdiew et S.-M. Polotebnoff. (*Vratch*, 27 avril.) — Le procédé de la ficelle dans les accouchements, par Albespy. (*Bull. gén. de thérap.*, CCXIX, p. 23.) — Tête fœtale séparée du tronc retenue dans l'utérus au-dessus d'un détroit rétréci, par Remy. (*Rev. méd. de l'Est* 1er mai.) — Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin, par Demelin. (*Journ. des Praticiens*, 15.) — Accouchement par la rupture centrale du périnée, par Kahn. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 juin.) — Coccyx défoncé, dystocie, mort de l'enfant, 2 cas, par Tucker. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Tumeur fœtale, obstacle à l'accouchement, par G. Anderssen.

(*Norsk Magazine*, fév.) — Rigidité héréditaire du col, par MOURGOULIEFF. (*Soc. obst. de France*, 18 avril.) — Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl, par CHAMBRELENT. (*Journ. méd. Bordeaux*. 21 juillet.) — Perforation de la tête dernière par la cavité buccale, par v. HERFF. (*Cent. f. Gynaek.*, 13 juillet.) — Le traitement de la tête dernière, par THEILHABER. (*Ibid.*) — Description et mode d'emploi du préhenseur, levier-mensurateur, par FARABEUF. (*Gaz. des hôp.*, 13 juillet.) — Sur la version podalique, par E.-Th. TCHERNIEWSKI. (*Vratch*, 4 mai.) — Tumeur osseuse du bassin ayant nécessité la basiotripsie, par CHAMBRELENT. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Emploi du sublimé dans la pratique gynécologique et obstétricale, par FRANK. (*Ther. Monats.*, juillet.) — De l'embryotomie, de la cléidotomie, par PHÆNOMENOFF. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er juin.) — Une symphyséotomie, par MEYER. (*Ibid.*, 31 août.) — Un cas de symphyséotomie, par A. MARTIN. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Symphyséotomie et accouchement prématuré combinés, par LEFOUR. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Symphyséotomie par bassin vicié, par MOUSSOUS. (*Ibid.*) — Symphyséotomie au lieu de symphysiotomie, par HARRIS. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Traitement par la suture osseuse de la mobilité pubienne consécutive à la symphyséotomie, par W. BINAUD. (*Mercredi méd.*, 3 avril.) — Symphyséotomie, guérison de la mère, enfant vivant, par ABILIO di MASCARENHAS. (*Ann. de gyn.*, juin.) — La symphyséotomie au Canada, par SYLVESTER. (*Canadian Practitioner*, fév.) — Cas de symphyséotomie, par DAVIS. (*Med. Record*, 25 mai.) — Un cas de symphyséotomie dans la pratique privée, par RECTOR. (*Ibid.*, 18 mai.) — Symphyséotomie dans un cas de bassin oblique ovalaire, par GUENIOT. (*Soc. obst. de France*, 18 avril.) — De la symphyséotomie, par LASKINE. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Deux cas de symphyséotomie, par W.-W. LEZINE. (*Vratch*, 13 avril.) — Sur un moyen de maintenir les pubis rapprochés après la symphyséotomie, par TARNIER. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Troubles de la marche consécutifs à la symphyséotomie, traitement de la mobilité symphysienne par la suture osseuse, par BINAUD. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 237.)

Acné. — De l'acné kératique, par TENNESON et LEREDDE. (*Ann. de dermat.*, VI, 4.) — Sur deux formes d'acné cornée, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 avril.) — Localisation rare de comédon, par KOFMANN. (*Arch. f. Derm.*, XXXII, 1 et 2.) — Technique des scarifications dans l'acné rosacée, par H. FOURNIER. (*Journ. mal. cut.*, mai.)

Acromégalie. — Acromégalie avec le signe différentiel de Wernicke, par THOMAS. (*Brit. med. j.*, 1er juin.) — Des trophonévroses des extrémités ou acrotrophonévrose. La trophonévrose acromégalique sa coexistence avec le goitre exophtalmique et la glycosurie, par LANCEREAUX. (*Semaine méd.*, 13 février.) — Deux cas d'acromégalie, par GALVANI. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — De l'acromégalie, par DAVIS. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er juin.) — Acromégalie avec hémianopsie bitemporale et diabète sucré, par MARINESCO. (*Soc. de biol.*, 22 juin.) — Deux cas d'acromégalie, par RANSOM. (*Brit. med. j.*, 8 juin.) — Un cas d'acromégalie, par HOFFMANN. (*Deut. med. Woch.*, 13 juin.) — Un cas d'acromégalie, par GARAND. (*Loire méd.*, 15 avril.) — Acromégalie chez une géante, par HUTCHINSON. (*Americ. j. med. sc.*, août.)

Actinomycose. — Actinomycose de la région cervico-faciale droite, par PONCET. (*Mercredi méd.*, 24 juillet.) — Un cas d'actinomycose pharyngée, par DIDSBURY. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Actinomycose des voies lacrymales, par ELSCHNIG. (*Klin. Monats. f. Augenk.*, juin.) — Trois cas d'acti-

nomycose, par Meunier. (*Bull. méd.*, 17 juillet.) — Etiologie de l'actinomycose de la langue, par Jurinka. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 2.) — Actinomycose de l'estomac et de l'intestin chez l'homme, par Grill. (*Ibid.*, XIII, 2.) — De l'actinomycose humaine à Lyon, par A. Poncet. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 avril.) — De l'actinomycose cutanée, par Monestié. (*Thèse de Paris.*) — Actinomycose du menton et du maxillaire inférieur, par Legrain. (*Soc. de dermat.*, 11 juillet.) — Huit cas d'actinomycose humaine, par Poncet. (*Journ. des Praticiens*, 17, p. 259.) — Etude clinique et thérapeutique sur l'actinomycose, par Choux. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Addison (Mal. d'). — Pathogénie de la maladie d'Addison, par Boinet. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Considérations sur la pathogénie de la maladie d'Addison, par Caussade. (*Union méd.*, 29 juin.) — Contribution à la pathologie de la maladie d'Addison, par Gioffredi et Zinno. (*Riforma med.*, nº 88 et 89; p. 147 et 159.) — Deux cas de mélanodermie Addisonienne, par Darier. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mai.) — Maladie d'Addison, guérison par l'extrait de capsules surrénales, par Jones. (*Brit. med. j.*, 24 août.)

Adénome. — Adénomes sébacés à forme scléreuse, par Hallopeau et Leredde, (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mai.)

Albumine, oïde. — La digestion tryptique des albumines et la sécrétion interne de la rate, par Herzen. (*Rev. gén. des sc.*, 15 juin.) — De la prétendue influence des substances albuminoïdes sur l'amidon et le glycogène, par Starke. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Sur le soufre dans l'albumine, par E. Baumann. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 3.) — Réponse à cette note, par E. Salkowski. (*Ibid.*) — De l'albuminurie alimentaire, par Ott. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 604.)

Alcool, isme. — Sur le dosage des alcools, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — Nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides par injection intraveineuse et de l'application de cette méthode à la détermination de la toxicité des alcools, par Joffroy et Serveaux. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Sur les troubles moteurs dans l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique, par Le Filliatre. (*Thèse de Paris.*) — Observation de paralysie alcoolique limitée à un membre atteint d'atrophie, par du Cazal. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mars.) — Quelques cas de dipsomanie, par Crothers. (*Med. Record*, 27 avril.) — Du délire chez les alcooliques, par Liepmann. (*Thèse de Berlin.*) — L'alcoolisme chronique au point de vue médico-légal, par Crothers. (*J. Americ. med. Ass.*, 25 mai.) — L'alcoolisme chez les enfants, par Moreau. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Le bilan de l'alcoolique, les doses et les variétés individuelles dans l'intoxication par l'alcool, par Bonnet. (*Thèse de Paris.*) — Influence de l'alcoolisme chronique sur les reins chez des animaux, par W.-S. Mourawski. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Injection d'alcool éthylique dans le sang veineux, par Gréhant. (*Acad. des sc.*, 27 mai.) — Du traitement des intoxications narcotiques, par Smith. (*Münch. med. Woch.*, 34, 1894.) — Traitement rationnel de l'alcoolisme, par Fabricius. (*Med. News*, 4 mai.) — Du traitement de l'alcoolisme et de la dypsomanie par la strychnine, par Bauzan. (*Thèse de Paris.*) — Des asiles spéciaux d'alcooliques, par Magnan. (*Bull. méd.*, 28 juillet.)

Aliénation. — La psychiatrie à Würzburg de 1583 à 1893, par Rieger. (*Verhandl. phys. med. Ges. Würzburg*, XXIX, 2.) — Aperçus médico-légaux sur l'aliénation, par Robertson. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Recherches

sur les maladies mentales, par Mercier. (*Ibid.*) — Les sentiments et les passions dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, par Dagonet. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — De la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans les maladies mentales, par Toulouse. (*Gaz. des hôp.*, 20 juin.) — Du contenu en hémoglobine et de l'état du sang chez les aliénés 128 observations, par Vorster. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, L.) — Des lésions trophiques intestinales chez les aliénés, par Eurich. (*Lancet*, 18 mai.) — Influence des états utérins sur le développement de la folie, par d'Andrade-Nervès. (*Thèse de Paris.*) — Des états cataleptiques dans les maladies mentales, par Lemaitre. (*Ibid.*) — L'anorexie mentale, par Sollier. (*Semaine méd.*, 10 août.) — De la maladie démocratique, nouvelle espèce de folie, par Groddeck. (*Ann. de psych.*, mai.) — Des attractions morbides des aliénés entre eux au point de vue du ménage, par Luys. (*Ibid.*) — Délire du doute, par A. Voisin. (*Union méd.*, 23 mars.) — Formes de folie circulaire, par Dehio. (*Berl. klin. Woch.*, 3 sept. 1894.) — Manie aiguë dans un cas de cellulite pelvienne, par Simpson. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Démence juvénile avec athétose double, par Roubinovitch. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Des idées de grandeur dans la mélancolie, par Dubourdieu. (*Thèse de Bordeaux.*) — Considérations sur les réactions criminelles des aliénés et sur l'opportunité de l'internement précoce, par Vigouroux. (*Tribune méd.*, 15 mai.) — Les délires ambulatoires ou les fugues, par Raymond. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) — Etat mental des dégénérés, par Magnan. (*Progrès méd.*, 20 avril.) — L'ergographie des aliénés, par Roncoroni et Diettrich. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — A propos de l'anatomie de 3 cas de démence, pathologie, étiologie de cette affection, son étiologie dans les tumeurs encéphaliques, par Grandguillot. (*Thèse de Paris.*) — Du tatouage chez les aliénés, par Bonnemaison. (*Ibid.*) — Des aliénés dangereux au point de vue clinique et administratif, par Sipp. (*Thèse de Lyon.*) — Les aliénés criminels et les mesures à prendre contre les délinquants irresponsables, par Ballet. (*Méd. moderne*, 27 juillet.) — Des éléments communs à tous les quartiers d'un asile d'aliénés, par Marandon de Montyel. (*Arch. de neurol.*, juin.) — Sur la chirurgie cérébrale dans les aliénations mentales, par Semelaigne. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Traitement chirurgical de l'aliénation mentale, par Lamphear. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er juin.)

Aliment. — Des manifestations morbides de l'alimentation surabondante, par Dutaya. (*Thèse de Bordeaux.*) — Valeur de l'alimentation rectale dans le cancer de l'estomac, par Wright. (*Lancet*, 15 juin.) — De l'alimentation des nouveau-nés par le lait maternel, par Boissard. (*France méd.*, 16 août.) — De l'emploi de la caséine à titre d'aliment, par E. Salkowski. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 nov. 1894.)

Allaitement. — Comparaison de l'allaitement mercenaire à distance et de l'allaitement artificiel, quant à la valeur théorique et pratique du lait et à ses conséquences pour le nourrisson, par Gravière. (*Thèse de Paris.*) — Allaitement des enfants, par Gillet. (*Journ. des Praticiens*, 22, p. 341.)

Amputation. — Amputation plastique des membres inférieurs par la méthode de Bier, par Ritschl. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 2.) — Essai de modification de l'amputation ostéoplastique du fémur, par S.-N. Delitzyne. (*Vratch*, 15 juin.) — Amputations congénitales des doigts et des orteils chez un Kabyle, par Raynaud. (*Bull. méd. Algérie*, 10 mars.) — Quelques remarques sur la désarticulation de la hanche ; un cas opéré selon la méthode de Wye, par Horsley. (*Med. Record*, 8 juin.) — Des résultats de l'opération

de Gritti, par Rioblanc. (*Lyon méd.*, 21 avril.) — Appareil de prothèse pour un amputé des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche, par Albert. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 oct. 1894.)

Amygdale. — L'amygdalite aiguë dépend-elle de la diathèse rhumatismale, par Hope. (*N.-York med. j.*, 17 août.) — Sur les troubles digestifs de l'amygdalite chronique, par Bolhadère. (*Thèse de Paris.*) — Des inflammations de l'amygdale linguale d'origine dentaire et buccale, par Raoult. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — De l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale, par Beausoleil. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Existe-t-il une relation entre l'amygdalite folliculaire aiguë et la diphtérie, par Haerer. (*Americ. med. Bull.*, 15 mai.) — De l'ablation des amygdales, par Farlow. (*Americ. laryng. Ass.*, 18 juin.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Eschle. (*Therap. Monats.*, juin.) — Instrument pour le traitement de certaines formes d'hypertrophie tonsillaire, par Kretschmann. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 194.) — Des formes cliniques du chancre de l'amygdale, par Brousse. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Tuberculose larvée des trois amygdales, par Dieulafoy. (*Bull. Acad. méd.*, 7 mai.) — *Idem*, par Cornil. (*Ibid.*, 14 mai.) — Calcul très volumineux de l'amygdale, par Combes et Dubousquet. (*Bull. méd.*, 29 mai.) — Calcul de l'amygdale, par Beausoleil. (*Mercredi méd.*, 24 avril.) — Lipome de l'amygdale, par Onodi. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Deux cas de lymphadénome des amygdales, par Cartaz. (*Ibid.*, 15 juin.) — Sarcome primitif de l'amygdale, par A.-S. Tauber. (*Vratch*, 13 avril.) — Deux cas de sarcome de l'amygdale, par Lamphear. (*N.-York med. j.*, 3 août.)

Anatomie. — Les expressions de la physionomie et leurs origines anatomiques, par Cuyer. (*Rev. scientif.*, 13 juillet.) — De la nouvelle nomenclature anatomique, par v. Bardeleben. (*Deut. med. Woch.*, 4 juillet.)

Anatomie pathologique. — Précis d'anatomie pathologique, par Schmaus. (*Wiesbaden.*)

Anémie. — Anémie pernicieuse traitée par la moelle d'os, par Drummond. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Note sur l'anémie pseudo-leucémique du premier âge, par H. Audéoud. (*Revue médicale Suisse romande*, XIV, 9, p. 507.)

Anesthésie. — La découverte de l'anesthésie, par Grandy. (*N. York med. j.*, 20 juillet.) — Psychologie de l'anesthésie, par Guthrie. (*Lancet*, 25 mai.)— Sur les mouvements de l'œil chez les animaux durant la narcose, par Treves. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Influence de la narcose sur la leucocytose, par A.-P. Popoff. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Considérations sur quelques méthodes actuelles d'éthérisation, par Blake. (*Boston med. Journ.*, 6 juin.) — La question du chloroforme d'après les rapports de la Commission d'Hyderabad, par Brunton. (*Lancet*, 6 juill.) — De la chloroformisation, par Davezac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 juill.) — De l'anesthésie combinée par l'éther et le chloroforme, par Busse. (*Thèse de Leipsig.*) — De l'anesthésie par le chloroforme et l'éther, par Kionka. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.) — Influence de l'éther et du chloroforme sur le rein, par Eisendrath. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 5 et 6.) — Anesthésie par l'éther, le masque de Julliard, par Borrel-Deroide. (*Thèse de Paris.*) — De l'anesthésie par l'éther, par Garat. (*Arch. clin. Bordeaux*, juin.) — Sur l'anesthésie obstétricale par le chloroforme et l'éther, par F.-W. Boukoiemski. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Etude des anesthésiques locaux

del a vessie, par Cornet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Anesthésie de la vessie par l'antipyrine, par A. Pousson. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 mai.) — Le gaïacol comme anesthésique local, par Championnière. (*Bull. Acad. méd.*, 30 juill.) — De l'anesthésie locale, par Braatz. (*Cent. f. Chir.*, 29 juin.) — Manuel d'anesthésie par le protoxyde d'azote, par Jumon. (In-16, 180 p., *Paris.*) — Du gaz oxyde nitreux dans les opérations prolongées, par Pease. (*Med. Record*, 11 mai.) — Des reproches faits à la cocaïne dans son emploi en chirurgie, par Barau. (*Thèse de Paris.*) — Anesthésie par le bromure d'éthyle, par Ladreit de la Charrière. (*France méd.*, 24 mai.) — Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en rhino-laryngologie, étude physiologique de cet anesthésique, par Texier. (*Thèse de Paris.*) — De l'anesthésie locale en dermatologie, par Dubreuilh. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 avril.) — Paralysie du plexus brachial par compression due à l'anesthésie chirurgicale avec élévation du bras, par Kron. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1894.)

Anévrisme. — Anévrisme de la pointe du cœur, oblitération de la coronaire antérieure, mort subite, par Claude. (*Soc. anat. Paris*, 10 mai.) — Etiologie des anévrismes aortiques, par Hampeln. (*St-Petersb. med. Woch.*, 25 fév.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, compression du vague gauche, du récurrent et de la trachée, parésie des abducteurs à droite, par Bowlby. (*London lar. Soc.*, 12 déc. 1894.) — Anévrisme aortique avec paralysie de la corde droite, par Spicer. (*Ibid.*) — Anévrisme de l'aorte ascendante chez un jeune homme de 21 ans, par Sahli. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er nov. 1894.) — De l'anévrisme aortique, par James. (*Brit. med. j.*, 29 juin.) — Rupture à l'extérieur d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, par Broussolle. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Anévrisme disséquant de la crosse aortique, par Roth. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er décembre 1894.) — Deux cas d'anévrisme de la crosse aortique, par Eichhorst. (*Ibid.*, 1er avril.) — Les anévrismes diffus de l'aorte thoracique, par Muri. (*Thèse de Paris.*) — Trois cas de mérycisme héréditaire, par Runge. (*Boston med. Journ.*, 23 mai.) — Traitement d'un large anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, guérison, par Forbes. (*Med. News*, 15 juin.) — Ligature de la sous-clavière et de la carotide primitive pour anévrisme brachio-céphalique, bons résultats, par Coppinger. (*Brit. med. j.*, 24 août.) — Anévrisme artériel de la carotide interne au niveau du sinus caverneux gauche, communication avec le sinus sphénoïdal droit, hémorragies nasales, mort, autopsie, par Guibert. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Anévrisme axillaire; ligature de l'artère sous-clavière, par Waters. (*Med. Record*, 25 mai.) — Ligature de la troisième portion de la sous-clavière pour un anévrisme axillaire, par Horwitz. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Traitement de deux gros anévrismes par l'extirpation du sac, par Quénu. (*Gaz. méd. Paris*, 15 juin.) — Anévrisme poplité gauche, par Duplay et Demoulin. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Cas d'anévrisme poplité guéri par la flexion du genou, par D'Alessandre. (*Riv. clin. e terapeutica*, 3, p. 117.) — Anévrisme diffus de la région fessière, incision, guérison, par Troy. (*Arch. de méd. milit.*, sept.) — Anévrisme de l'artère hépatique, par Mester. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.)

Angine. — De l'angine granuleuse, par Baudriller. (*Thèse de Paris.*) — Des angines de la menstruation, par Gautier. (*Ibid.*) — De l'angine à pneumocoque, par Mlle Weinberg. (*Ibid.*) — Les angines infectieuses, par Thresh. (*Lancet*, 17 août.) — Les angines pseudo-diphtériques, par Bourges. (*Semaine méd.*, 10 juill.) — Formes cliniques et variétés bactériologiques des angines pseudo-membraneuses, par Le Damany. (*Presse méd.*, 18 mai.) — Coexistence d'une angine pseudo-membraneuse atypique

et d'un microbe nouveau, par VERNET. (*Thèse de Lyon.*) — De l'angine diphtérique à forme herpétique, par DIEULAFOY. (*Bull. Acad. méd.*, 11 juin.) — Deux cas d'adéno-phlegmon du cou consécutif à une angine, par R. TROQUART. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 juin.) — Athérome très marqué des artères coronaires sans angine de poitrine, par LYONNET. (*Lyon méd.*, 11 août.) — De l'angine de poitrine chez les diabétiques et les goutteux, par HUCHARD. (*Soc. de thérap.*, 22 mai.) — Angine de poitrine liée à l'hystérie et au tabagisme, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 30 juin.) — Sur une leucomaïne extraite des urines dans l'angine de poitrine, par GRIFFITH et MASSEY. (*Acad. des sc.*, 20 mai.)

Angiome. — Tumeurs érectiles des bourgeons charnus, par VEILLET. (*Thèse de Paris.*) — Angiome caverneux de la lèvre, par FIEUX. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 juin.)

Anomalie. — Asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps, par CLOZIER. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — Des anomalies congénitales des extrémités supérieures, par JOACHIMSTHAL. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — Un cas de transposition du cœur, du foie et de la rate, par DIXON. (*Med. Record*, 20 avril.) — Arrêt de développement du diaphragme, par VERDELET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mars.) — Anomalie de la carotide primitive, par MAGE. (*Ibid.*, 17 mars.) — Inversion viscérale complète et inversion du cœur seulement, par GINGEOT. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 juin.) — Sur un cas d'hermaphrodisme, par PÉAN. (*Bull. Acad. méd.*, 2 avril.) — Un androgyne, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, 10 avril.) — Hermaphrodisme mâle, par LAGNEAU. (*Ibid.*, 16 avril.) — Anomalie et absence réelle du muscle demi membraneux sur le même sujet, par GILIS. (*Soc. de biol.*, 27 juill.)

Antisepsie. — Des avantages de l'antisepsie par l'alcool, pour le médecin, par GIBERT. (*Thèse de Paris.*) — Pouvoir antiseptique du permanganate de chaux, par BORDAS. (*Bull. méd.*, 26 juin.) — De l'emploi du parachlorophénol comme antiseptique, par GIRARD. (*Semaine médicale*, 8 mai.)

Anus. — Les végétations de la marge de l'anus, par BODENHAMER (*N. York med. j.*, 29 juin.) — Etude expérimentale sur la dilatation de l'anus, par G. QUÉNU. (*Gaz. méd. Paris*, 26 janv.) — De la fissure anale, par CRIPPS. (*Brit. med. j.*, 20 juill.) — Fistule anale entretenue par un fragment osseux dans les tissus, par DEPAGE. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mai.) — Traitement de la fistule anale par la suture immédiate, par ADLER. (*Med. News*, 1er juin.) — Opération pour la restauration du sphincter anal, par LE CONTE. (*Americ. j. of obst.*, juin.) — Artifice pour remédier à l'incontinence de l'anus artificiel (faire passer l'intestin à travers l'iléon), par GLEICH. (*Berl. klin. Woch.*, 22 oct. 1894.) — Imperforation congénitale de l'anus, par F. FORTIN. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Un cas d'absence de l'anus et du rectum en coïncidence avec des malformations multiples ; opération, mort, autopsie, par KIRMISSON. (*Rev. d'orthop.*, 1er juill.)

Aorte. — Un cas de tubercule de la membrane interne de l'aorte, par HANOT et LEVI. (*Soc. de biol.*, 22 juin.) — De la douleur dans l'aortite chronique, par MARTIN-DURR. (*Gaz. des hôp.*, 20 juin, et *France méd.*, 9 août.) — Cas rare de sténose de l'isthme de l'aorte, par KRETZ. (*Wiener klin. Woch.*, 10 janv.) — Dégénérescence athéromateuse de l'aorte sans lésions valvulaires de son orifice, par VOLPILLAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 août.)

Appareil. — Un algésimètre, appareil pour mesurer la sensibilité de la peau à la douleur, par Moczvtkowski. (*Nouv. Iconog. de la Salpétrière*, VIII, 1.) — Appareil automatique pour filtrer les liquides à une haute température, par J.-J. Postojew. (*Vratch*, 16 fév.) — Appareil pour la filtration rapide des liquides organiques, par Richet. (*Soc. de biol.*, 13 juill.) — Stéthoscope enregistreur automatique, par Mount. (*Vratch*, 2 mars.) — Percuteur enregistreur automatique, par Mount. (*Ibid.*, 2 mars.) — Appareil pour la préparation de la fibrine fraîche exempte de microbes, par Dastre. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Un nouvel appareil pour mesurer la respiration thoracique, par Witzenhausen. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 213.) — Appareil à disques tournants pour expériences sur la vision, par Carle Marbe. (*Cent. f. Physiol.*, VIII, p. 834.) — Pince-aiguille ou nouvel appareil pour sutures chirurgicales, par Barrier. (*Thèse de Paris.*) — Sur un appareil prothétique pour la paralysie radiale, par Gorisse. (*Thèse de Lyon.*) — Nouveau dilatateur du col, par Starlinger. (*Cent. f. Gynaek.*, 2 mars.) — Interrupteur pour irrigation des cavités closes, par Reverdin. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 223.)

Aponévrose. — Les aponévroses cervicales, par Fayet. (*Thèse de Paris.*)

Artère. — Sur le rôle du travail musculaire dans la production de l'artériosclérose, par N.-Th. Tchigaieff. (*Vratch*, 30 mars.) — Des vasa nervorum, artères du nerf obturateur; vasa vasorum des vaisseaux iliaques externes; sur une branche anormale de l'artère vaginale, par Durand et Commandeur. (*Province méd.*, 11 mai.) — Sur l'origine du premier ton de la carotide, par Vanni. (*Riv. clin. e terap.*, 5, p. 229.) — De la torsion des artères au lieu de la ligature, par Erdmann. (*Med. Record*, 29 juin.)

Articulation. — Les surfaces articulaires géniculées du fémur et du tibia, par Higgins. (*Journ. of anat.*, juill.) — Morphologie du ligament radio-cubital oblique, par Fawcett. (*Ibid.*, juill.) — Diagnostic des affections articulaires chroniques, par Townsend. (*N. York med. j.*, 25 mai.) — Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses, par Mauclaire. (*Arch. de méd.*, janv.) — Des abcès sous-tricipitaux consécutifs aux arthrites purulentes du genou, par Tibaudet. (*Thèse de Lyon.*) — Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule à forme sèche, par Schlepianoff. (*Thèse de Paris.*) — Sarcome avec coxalgie, par Rugh. (*Americ. j. of med. sc.*, juill.) — Le traitement de la coxalgie, par Calot. (In-18, 304 p., *Paris.*) — Traitement opératoire de la coxite, par Rincheval. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — De la réduction des degrés modérés de difformité dans les affections de la hanche, par Judson. (*Med. Record*, 6 juill.) — Diagnostic des lésions acétabulaires primitives ou prépondérantes par l'abduction primitive ou prépondérante dans la coxalgie, par Vincent. (*Bull. Soc. de Chir.*, XXI, p. 395.) — Correction des difformités de la hanche, par Gibney. (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, VII, p. 190.) — Priorité dans l'emploi de la traction latérale pour soulager la pression intra-articulaire, par Phelps. (*Ibid.*, p. 217.) — Le besoin de repos dans les maladies de la hanche, par Lorett. (*Ibid.*, p. 225.) — Appareil pour la hanche, par Blanchard; traction latérale, par Page. (*Ibid.*) — Un cas d'ankylose vicieuse de la hanche, suite de coxalgie; ostéotomie, correction, par Routier. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Du traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes et plus particulièrement par l'arthrectomie, 40 observations, par Albertin. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 5.) — Les résultats de l'arthrectomie dans la tuberculose du genou, par Ch. Beaurain. (*Thèse de Berne*, 1894, et *Rev. méd. Suisse romande*, XV, 1, p. 56.) — Traitement de la tuberculose du genou, statis-

tique de dix-huit années, par Kœnig. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.) — Des incisions opératoires dans la région du genou, par Coche. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas de déchirure des ligaments croisés du genou, par Hœnigschmied. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.) — Du « dérangement interne » du genou, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 janv.) — De la tumeur blanche sous-astragalienne, par Chatelus. (*Thèse de Lyon.*) — Arthrodèse pour le pied, par Samter. (*Cent. f. Chir.*, 25 mai.) — De l'arthrodèse du pied, par Karewski. (*Ibid.*, 22 juin.) — Arthrodèse du pied, par Samter. (*Ibid.*, 10 août.) — Luxation des cartilages semi-lunaires, par Moullin. (*Lancet*, 18 mai.) — Cas d'ankylose fibreuse traitée par l'électrolyse, par Gwyer. (*N. York med. j.*, 22 juin.) — Des tumeurs articulaires d'origine épiphysaire, par Mauclaire. (*Tribune méd.*, 1er mai.)

Asphyxie. — L'hyperglobulie dans l'asphyxie expérimentale, par Jolyet et Sellier. (*Soc. de biol.*, 18 mai.) — De la maladie de Raynaud, par Maugue. (*Thèse de Paris.*) — La méthode de Laborde contre l'asphyxie, par Roussel. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Les différentes méthodes de rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente, par Berditchewski. (*Thèse de Paris.*) — Insufflation et tractions rythmées de la langue, par H. Soulagne. (*N. Montpellier méd.*, 9, p. 178.) — Nouveau-né en état de mort apparente rappelé à la vie par des tractions rythmées de la langue, par Metzquer. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — Goitre suffocant et tractions de la langue, par Laborde. (*Bull. Acad. méd.*, 2 avril.)

Asthme. — Asthme torpide chez un enfant, par Moncorgé. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Asthme nerveux associé à une névralgie intermittente, par Tuppert. (*Münch. med. Woch.*, 12, p. 264.) — Des indications de l'emploi des cloches pneumatiques avec statistique des résultats pour l'asthme, par G. v. Liebig. (*Wiener med. Blätter*, 15.)

Astigmatisme. — Nouvelles applications des verres toniques à la correction de certaines formes d'astigmatisme irrégulier, par Javal. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.)

Autoplastie. — Autoplastie buccale après ablation d'un cancer de la joue, par Körte. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Trois opérations plastiques, par Czerny. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — Autoplastie de la lèvre inférieure, essai d'un nouveau procédé, par Audoucet. (*Thèse de Paris.*)

Avortement. — Perforation de l'utérus après avortement avec prolapsus intestinal, 3 cas, 2 opérations, par Mann. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Expulsion d'un œuf entier, après le sixième mois, par Audebert. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juill.) — Du curetage comme méthode d'avortement artificiel, par Puech. (*Ann. de gyn.*, août.) — Conduite à tenir dans l'avortement incomplet, par Audebert et Chaleix. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Mécanique de l'avortement tubaire, par Prochownick. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 2.) — De l'avortement tubaire, par Zedel. (*Deut. med. Woch.*, 1er août.)

B

Bactériologie. — Les étapes de la bactériologie, par Calmette. (*Bull. méd.*, 3 juill.) — La thérapeutique et les doctrines bactériologiques modernes, par Bouchard. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Sur la fonction fluorescigène des microbes, par Lepierre. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 8.) — Pratiques des colorations microbiennes, par Nicolle. (*Ibid.*). — Influence des alcalins sur les échanges nutritifs des microbes, par Blumenthal. (*Zeit. f. klin Med.*, XXVIII, 3.) — Porte d'entrée et toxines, défense de l'organisme, diarrhée d'origine centrale, par Charrin. (*Soc. de biol.*, 13 juill.) — De l'action physiologique des toxines microbiennes, par Artaud. (*Thèse de Lyon.*) — Quelques particularités relatives au mode d'action et aux effets de certaines toxines microbiennes, par Guinard et Artaud. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 3.) — Influence des toxines sur la descendance, par Charrin. (*Acad. des sc.*, 29 juill.) — Absorption microbienne par les plaies saignantes, par Pfuhl. (*Berl. klin. Woch.*, 24 sept. 1894.) — Lésions expérimentales du foie réalisées chez les animaux, par injection intra-veineuse de toxines microbiennes, par Teissier et Guinard. (*Soc. de biol.*, 27 juill.) — Aggravation des effets de certaines toxines microbiennes par leur passage dans le foie, par les mêmes. (*Acad des sc.*, 22 juill.) — Sur le mode de résistance des vertébrés inférieurs aux invasions microbiennes artificielles de l'immunité, par Mesnil. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 5.) — Variations bactériennes, atténuations, par Charrin. (*Sem. méd.*, 17 juill.) — Sur la défense de l'organisme contre l'infection bactérienne, par A.-J. Kondratiew. (*Vratch*, 13 avril.) — De l'anaérobiose, par Braatz. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 21.) — Recherches sur la répartition des colonies microbiennes dans les tubes d'Esmarch, par B. Körber. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XVI et *Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1.092.) — Les microbes de l'air, par Chary. (*Thèse de Youriew*, 1894). — L'importance du sucre dans les milieux de culture bactériens, par Smith. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 1.) — Recherches bactériologiques sur le rhodanate d'Edinger, par Mueller. (*Ibid.*, XVII, 20.) — Sur les streptocoques décolorables par la méthode de Gram, par Etienne. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 4.) — De l'immunité contre le streptocoque, par Roger. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Nouvelles recherches sur le streptocoque, par Roger. (*Mercredi méd.*, 28 août.) — Le streptocoque et le sérum antistreptococcique, par Marmorek. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — Examen des processus rationnels sous l'influence de certains poisons bactériques à l'occasion de la pneumobacilline, par Arloing. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Entérite produite par l'injection dans les veines d'une culture de pneumo-bacille, par Guinard et Artaud. (*Lyon méd.*, 23 juin.) — Lésions ostéomyélitiques expérimentales, provoquées par le bactérium coli commun, par Akerman. (*Arch de méd. expér.*, VII, 3.) — Le bactérium coli, par Roux. (*Ann. de méd.*, n° 26, p. 201.) — De l'action hypothermisante des produits de culture du bacillus coli, par Boix. (*Soc. de biol.*, 8 juin.) — Présence du bacille typhique dans l'urine des typhoïdiques, par Wright et Temple. (*Lancet*, 27 juill.) — Bacille pathogène dans les deux règnes, animal et végétal, habitats microbiens, par Ostrowsky. (*Soc. de biol.*, 6 juill.) — Sur un bacille encapsulé produisant la pyohémie chez l'homme, par H. Chiari. (*Prager med. Woch.*, 24.) — Trois

nouvelles espèces de vibrions virgules, par Zavadzki et Brunner (*Arch. Soc. de biol. Saint-Pétersbourg*, III, 5.) — Sur la maladie pyocyanique chez l'homme, par Legars. (*Thèse de Paris.*) — Action pathogène des sporozoaires, étiologie des tumeurs bénignes, par Sanfelice. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 18 et 19.)

Bain. — Projet de grand établissement de bains, par Descamps. (*Ann. soc. Anvers*, avril.) — Influence des bains froids sur l'élimination de l'azote par Formanek. (*Zeit. f. phys. Chem.*, XIX.)

Bassin. — Diagnostic du bassin plat pendant la vie, par Ahlfeld. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 3.) — De l'hématome pelvien, par Thorn. (*Samm. klin. Vorträge*, n° 119.) — De l'élytrotomie dans le traitement des collections pelviennes, par Vautrin. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.) — Section vaginale et drainage pour abcès pelviens, par Watkins. (*Americ. j. of obst.*, août.) — De l'aspiration des liquides secrétés dans le cul-de-sac postérieur du péritoine dans les opérations de tumeurs pelviennes par la laparotomie ayant nécessité un large décollement de la séreuse, par Duret. (*Sem. méd.*, 10 août.) — Tumeur dermoïde du cul-de-sac de Douglas, par Barette (*Ibid.*, 10 août.) — Extirpation d'un enchondrome du bassin avec résection partielle de l'os iliaque, par Domke. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.)

Bec-de-lièvre. — Bec-de-lièvre complexe, résection sous-périostée du lobule incisif, par Pièchaud. (*Sem. méd.*, 21 août.) — Restauration de la lèvre supérieure chez une femme de 28 ans, affectée d'un double bec-de-lièvre, opérée sans succès à deux reprises et d'une très large division du voile du palais, par Reverdin. (*Arch. prov. de Chir.*, IV, 8.) — Chéiloplastie pour bec-de-lièvre, par Auguste Reverdin. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 1, p. 51.) — Traitement du bec-de-lièvre, par Pujos. (*Thèse de Bordeaux.*)

Béribéri. — Parasites intestinaux dans le béribéri, par James H. Walker. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 828.)

Biliaires (voies). — Sur l'anatomie du cholédoque à un point de vue chirurgical, par Quénu. (*Rev. de chir.*, juil.) — De la situation normale de la vésicule biliaire chez l'homme, par J. Hamilton. (*J. Amer. med. Assoc.*, 13 avril.) — Sur l'anatomie de la vésicule biliaire, par Siraud. (*Lyon méd.*, 19 mai.) — Du pouvoir antiseptique de la bile à l'état physiologique et sous l'influence des substances médicamenteuses, par Vieillard-Baron. (*Thèse de Lyon.*) — L'élimination de la bile dans le jeûne et après différents genres d'alimentation, par Barbera. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Des pigments biliaires modifiés et notamment de l'urobiline, par Hayem. (*Soc. méd. des hop.*, 31 mai.) — Un cas de cholécystite calculeuse, par Létienne et Jourdan. (*Gaz. hebd. Paris*, 29 juin.) — Dilatation du conduit biliaire simulant une distension de la vésicule, par Edgeworth. (*Lancet*, 11 mai.) — Du diagnostic différentiel entre la dilatation de la vésicule bilaire et l'hydronéphrose droite, par Hanot. (*Bull. méd.*, 13 févr.) — Calculs biliaires sans colique, par Benedict. (*Med. news*, 8 juin.) — Les calculs pariétaux de la vésicule biliaire, par Létienne. (*Sem. méd.*, 14 août.) — Enclavement de calcul biliaire, ictère pendant 6 mois, par Chadwick. (*Brit. med. j.*, 25 mai.) — Hématémèse mortelle par ulcération du duodénum par un calcul biliaire, par Duffett. (*Ibid.*, 18 mai.) — Un cas d'obstruction biliaire par calcul, avec pyrexie intermittente, par Root. (*J. Amer. med. Ass.*, 25 mai.) — Diagnostic des fistules cholecysto-intestinales dans la lithiase biliaire, par Galliard. (*Sem. méd.*, 24 juill.) — Des vomissements de calculs

biliaires, par Galliard. (*Méd. moderne*, 6 juil.) — Traitement de la lithiase biliaire, par de Quental. (*Thèse de Paris.*) — Colique biliaire guérie par l'huile d'olive, par Clarke. (*Brit. med. j.*, 13 juill.) — Traitement des calculs biliaires par de fortes doses d'huile d'olives, par Stephenson. (*Brit. med. j.*, 25 mai.) — Rupture des voies biliaires par contusion grave de l'abdomen, par J. Roux. (*Gaz. des hôp.*, 18 juill. et *Marseille méd.*, 15 août.) — Cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie, par Gilbert et Claude. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — De la cholédochotomie, par Jourdan. (*Thèse de Paris.*) — Le bouton de Murphy ; un cas malheureux de cholécystoduodénostomie, par Schachner. (*Americ. med. Bull.*, 15 mai.)

Blennorragie. — Etude clinique et bactériologique sur le gonocoque de Neisser, par H. Heiman. (*Med. Record*, 22 juin.) — Influence de l'essence de santal sur le développement du gonocoque, par Valentine. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 1 et 2.) — Recherches sur le sang, l'urée et la température au cours de la blennorragie, par Rouanet. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er juill.) — De la température dans la blennorragie aiguë, par Noguès. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Diverticulites blennorragiques et abcès péri ou para-urétraux à gonocoques, par Batut. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — Sur la prostatite blennorragique, par Finger. (*Wiener med. Woch.*, 30 mars.) — Orchite blennorragique suppurée, présence du gonocoque dans le pus, par Routier. (*Méd. moderne*, 17 juill.) — De la péricardite blennorragique, par d'Argis. (*Thèse de Paris.*) — Troubles trophiques dans la blennorrhagie, par Jeanselme. (*Ann. de dermat.*, VI, 6.) — Rhumatisme blennorragique chez un nouveau-né, par Haushalter. (*Sem. méd.*, 28 août.) — Sur le rhumatisme blennorragique chez l'enfant, par Vanuxcem. (*Thèse de Paris.*) — Traitement du rhumatisme blennorragique, par Detchard. (*Ibid.*) — Traitement du rhumatisme blennorragique par les bains térébenthinés, par Balzer. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mai.) — Un cas de blennorrée des folicules sébacés et d'une cicatrice kéloïdienne du pénis, par S. Baumgarten. (*Wiener med. Woch.*, 15 juin.) — Un cas de génitalite blennorragique, par Auvard. (*Méd. mod.*, 26 juin.) — Traitement des blennorragies chroniques rebelles aux instillations argentiques, par Philip. (*Lyon méd.*, 21 juill.) — Traitement abortif de la blennorragie, par F. Lyons. (*Med. Record*, 4 mai.) — Traitement de la blennorragie chronique chez l'homme, par Janet. (*Ann. mal org. gén. urin.*, juin.) — Le lavage de la vessie dans la cystite blennorragique, par d'Haenens. (*La policl. Bruxelles*, 1er mai.) — Alumnol contre la blennorragie, par Chotzen. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 2.) — La blennorragie aiguë et chronique chez l'homme, par G. Lyon. (*Mercredi méd.*, 26 juin et 17 juil.) — Traitement de la blennorrée par la méthode de Janet, par Ekelund. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 3.) — Traitement de la blennorrée par l'argonine, par Jadassohn. (*Ibid.*, XXXII, 1 et 2.) — La blennorragie chez la femme et son traitement, par Klein. (*Ann. de gynéc.*, août et *Mercredi méd.*, 31 juil.) — Salpingite blennorragique, par Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.) — Formes anatomiques de la salpingite blennorragique, par Reymond. (*Ibid.*, 7 juin.) — Epidémie de vulvite blennorragique, par Weill et Barjon. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 3.)

Bouche. — Stomatite épithéliale épidermique, par Albert. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — La stomatite aphteuse doit être dénommée stomatite herpétique, par Ch. Leroux. (*Journ. de clin. infant.*, 9 mai.) — Sur les gingivites infectieuses, par Chompret. (*Thèse de Paris.*) — Hygiène de la bouche à l'état normal et pour la prophylaxie des maladies infectieuses, par Grana. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 7.)

Branchies. — Maladies de l'appareil branchial, par CATES. (*N.-York med. j.*, 18 mai.)

Bronches. — Phlegmatia triple polymicrobienne et pleurésie purulente consécutives à une bronchite chronique avec bronchectasie, par MEUNIER. (*Arch. de méd.*, juill.) — La bronchite membraneuse primitive aiguë, par GILLET. (*Journ. des Prat.*, 24, p. 373.) — Une faute à éviter dans le traitement de la bronchite, par GINGEOT. (*Ibid.*, 21, p. 321.)

Brûlure. — Du traitement des brûlures, par le thyol, par GIRAUDON. (*Thèse de Paris.*)

C

Cadavre. — Les infections agoniques et cadavériques, par BEZANÇON. (*Méd. moderne*, 20 juill.)

Cancer. — Pathogénie du cancer, par MAYET. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Etiologie et histogenèse du cancer, par TILLMANNS. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — Travaux russes récents sur le parasitisme des tumeurs malignes, par Mme ELIATCHEFF. (*Rev. de méd.*, juin.) — Le microorganisme du cancer, par BRAITHWAITE. (*Lancet*, 29 juin.) — Du parasitisme du cancer, par SCHWARZ. (*Wiener med. Blätter*, 14.) — Du cancer, étiologie, hérédité, par GRAF. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.) — D'un champignon pathogène, de ses variations morphologiques quand on le rencontre dans les tissus avec les coccidies du cancer, par SANFELICE. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 4.) — De l'inoculation de l'épithélioma contagieux, par NOBL. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 2.) — Influence de l'inflammation aseptique sur les tumeurs malignes, par KRONACHER. (*Cent. f. Chir.*, 18 mai.) — Maisons à cancer, par HAVILAND. (*Lancet*, 27 avril.) — Sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux, par DUPLAY et SAVOIRE. (*Acad. des sc.*, 10 juin.) — Evolution irrégulière d'une adénopathie sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer duodénal, par LALESQUE. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mars.) — La valeur de l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer intra-abdominal, par WILLIAMS. (*Lancet*, 3 août.) — Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées, par BABES et STOICESCO. (*Progrès méd.*, 23 fév.) — De l'inoculation du cancer, par MAYET. (*Lyon méd.*, 26 mai.) — Les nouveaux traitements du cancer, par FORGUE. (*N. Montpellier méd.*, 27, p. 525.) — Sur la sérothérapie dans le cancer, par GIBIER. (*Acad. des sc.*, 17 juin.) — Le toxithérapie des tumeurs malignes, par RÉPIN. (*Rev. de chir.*, juin.) — Sérothérapie et cancers, par FABRE-DOMERGUE. (*Soc. de biol.*, 18 mai.) — A propos de la sérothérapie du cancer, par RICHET. (*Ibid.*, 25 mai.) — A propos de la sérothérapie du cancer, par FABRE-DOMERGUE. (*Ibid.*, 1er juin.) — Effets toxiques des injections intraveineuses faites avec la pulpe des tumeurs épithéliales ulcérées, par RICHET. (*Ibid.*, 1er juin.) — Toxine cancéreuse, par BOINET. (*Ibid.*, 22 juin.) — Essais de sérothérapie contre le cancer, par BOUREAU. (*Ibid.*, 27 juill.) — Idem, par HÉRICOURT et RICHET. (*Ibid.*)

— Effets toxiques des injections veineuses de tumeurs cancéreuses ulcérées, par RICHET. (*Ibid.*, 27 juill.)

Cartilage. — Tumeur cartilagineuse de la région frontale, par AUBRÉE. (*Bull. Soc. sc. Ouest*, IV, 2.) — Des exostoses cartilagineuses et des enchondromes multiples, par NASSE. (*Samml. klin. Vorträge*, 124.)

Cellule. — La structure du protoplasma et les théories sur l'hérédité et les grands problèmes de la biologie générale, par DELAGE. (In-8°, 880 p., *Paris*.) — Sur la présence du centrosome dans les cellules des tissus humains pathologiques, par GALEOTTI. (*Monit. zool. ital.*, V, 6.) — Discussion sur les cellules plasmatiques, par NEISSER. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 3.) — Etude des noyaux, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XX, 11.) — L'action des zymases protéolytiques sur la cellule vivante, par FERMI. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Sur la prolifération cellulaire, par FOA. (*Ibid.*, XXIII, 3.) — Procédé d'étude du mouvement cellulaire, par LÉONARD. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — La phagocytose normale, par ROULE. (*Rev. gén. des sc. pures*, 15 juill.) — De la phagocytose, par DE BRUYNE. (*Arch. de biol.*, XIV, 1.)

Cerveau. — Nouvelles fibres antéro-postérieures de la région protubérantielle, par LUYS. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — Description d'un faisceau de fibres cérébrales descendantes allant se perdre dans les coupes olivaires, par LUYS. (*Ibid.*, 13 juill.) — Sur la coloration des coupes du cerveau traités par l'oxalate de carmin, par N.-A. WYROUBOW. (*Vratch*, 6 avril.) — Les centres sensitifs et sensoriels et les voies de conduction, par JELGERSMA. (*Neurol. Cent.*, 1er avril.) — Relations de l'écorce cérébrale avec les sensations, par THOMSON. (*Journ. of nerv. dis.*, juin.) — Inhibition d'un réflexe médullaire par l'écorce cérébrale de la zone motrice, par CONTEJEAN. (*Arch. de phys.*) VII, 3.) — Contribution à l'étude de la pression cérébrale, par J. SCHNITZLER et MAX REINER. (*Wiener med. Blätter*, 20.) — Action double du cerveau, par LYON (*N.-York med. j.*, 27 juill.) — De l'existence dans la région sous-thalamique des hémisphères cérébraux d'un centre de la déglutition et de la mastication, par L. RÉTHI. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 octobre.) — Des inflammations expérimentales du cerveau, par SCHRADER et KÜMMEL. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 4 et 5.) — Histopathologie du cerveau, par WARDA. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VII, 1 et 2.) — Histologie pathologique de l'écorce cérébrale, par LÉVI. (*Soc. anat. Paris*, p. 339, avril.) — Deux cas d'atrophie cérébrale avec imbécillité et épilepsie, par LWOFF. (*Ibid.*, 26 avril.) — Observation d'hémiatrophie cérébrale, par COWAN. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — La microcéphalie et la descendance de l'homme, par LABORDE. (*Rev. scientif.*, 11 mai.) — Microcéphalie, craniectomie linéaire, par ORD et COTTERELL. (*Med. Press and Circular*, 10 avril.) — Des périodes d'affaiblissement momentané des fonctions de la substance corticale, par Richard STERN. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre 1894.) — Hémiplégie droite, ancienne aphasie motrice pure, tuberculose pulmonaire, par DUFOUR. (*Soc. anat. Paris*, 21 juin.) — Tubercule de la protubérance, par MORLOT. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Tumeur cérébrale d'origine tuberculeuse, par Ed. MORLOT et VIRELY. (*Ibid.*, mars.) — Tubercule de la couche optique, cause, tremblement, rigidité tétanoïde, mort, par EDWARDS. (*Lancet*, 3 août.) — Un cas de poliencéphalite supérieure aiguë, par BOZZOLO. (*Riforma med.*, 94, p. 219.) — L'embolie et l'hémorragie cérébrales. Symptomatologie comparée et diagnostic, par THÉVENET. (*Thèse de Lyon*, 1894.) — Pronostic de l'apoplexie par hémorragie cérébrale, par BARRS. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Hématome du nerf optique dans l'hémorragie cérébrale, pa

Bouveret. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Sur les altérations de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux, par Dejerine et Mirallié. (*Soc. de biol.*, 6 juillet.) — Idem, par Thomas et Roux. (*Ibid.*) — Un cas de cécité verbale, par Keniston. (*Americ. med. Bull.*, 1er juin.) — Nouveau schéma de l'aphasie basé sur l'histologie du système nerveux, par Regnault. (*Semaine méd.*, 24 juillet.) — Cécité verbale sans cécité littérale et sans hémianopsie, par Lannois. (*Ibid.*, 10 août.) — Sur la tolérance cérébrale, par Hutchinson. (*Americ. med. Bull.*, 15 avril.) — Contusion cérébrale à symptômes insolites simulant une névrose traumatique, par Rendu. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 mai.) — De la chirurgie cérébrale, par v. Bergmann. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.) — Deux cas de chirurgie cérébrale : abcès traumatique précoce du cerveau ; contesion du cerveau, par Nasse. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 janv.) — Des abcès du cerveau, par Lamphear. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 avril.) — Deux abcès du cerveau, suite d'embolies septiques provenant d'une plaie du poumon datant de 32 ans, par Eskridge et Parkhill. (*N.-York med. j.*, 10 août.) — Trois cas d'abcès chronique du cerveau, par Eskridge. (*Med. News*, 27 juillet.) — Plaie par arme à feu du cerveau, 3e circonvolution frontale gauche sans aphasie, par Hoffman. (*Med. News*, 17 août.) — Trépanation pour abcès cérébral, guérison, par Cangitano. (*Riforma méd.*, 27 mars.) — Des tumeurs cérébrales et de leur traitement chirurgical, par Lamphear. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 avril et 4 mai.) — Deux cas de tumeurs cérébrales prises pour de la parésie, par Clark. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Un cas de tumeur du pont de Varole, par Nammack. (*Med. Record*, 29 juin.) — Tumeur du corps calleux, par Francis. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Tumeur du cerveau extraite par la méthode de Horsley, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 221.) — Ablation avec succès d'un endothéliome du sillon de Rolando, par Kappeler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 5 et 6.) — Tumeur du cerveau, opération, guérison, par Conway. (*N.-York med. j.*, 22 juin.) — Tumeur sous-corticale, ablation, par Beevor et Ballance. (*Brit. med. j.*, 5 janv.) — Trois cas d'abcès intracraniens, guérison, prr Murray. (*Ibid.*) — Hémiplégie droite avec épilepsie, trépanation, guérison complète, par O. Wood et E. Cotterell. (*Ibid.*) — Sarcome volumineux du cerveau ayant débuté dans la substance blanche de la région frontale, par Galavielle et Villard. (*Arch. de neurol.*, juill.) — Kyste dermoïde du cerveau, par Bathurst. (*Brit. med. j.*, 1er juin.) — Kyste du cerveau résulat d'un traumatisme il y a 25 ans, par Eskridge et Mc Naught. (*N.-York med. j.*, 1er juin.) — Balle de revolver enkystée dans le cerveau sans troubles fonctionnels, par Thurnwald. (*Wiener med. Woch.*, 6 juill.) — Injection iodée dans les ventricules cérébraux chez un enfant de 10 mois, pour hydrocéphalie chronique, par H. v. Ranke. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXIX, 4.) — Diagnostic de l'hydrocéphalie chronique, par H. v. Ranke. (*Ibid.*)

Cervelet. — Ganglions cérébelleux, par Ramon y Cajal. (*Bibliog. anat.*, janv.) — Les récentes recherches sur la physiologie du cervelet de Ferrier, rectifications, par Luigi Luciani. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Symptomatologie des affections cérébelleuses, analyse de 100 cas, 4 personnels, par Krauss. (*N.-York med. j.*, 1er juin.) — Diagnostic des maladies du cervelet, par Russell. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Propulsion locomotrice d'origine cérébelleuse, guérison extemporanée par l'action de couronnes aimantées, par Luys. (*Gaz. des hôp.*, 23 juillet.) — Hémorragie cérébelleuse chez une jeune femme, glycosurie, mort en 13 heures, par Oliver. (*Lancet*, 18 mai.) — Atrophie et sclérose du cervelet, par Bond. (*Journ. of mental sc.*, juill.) — Un cas d'atrophie cérébelleuse, par Grancher. (*Méd. moderne*, 29 juin.)

Césarienne (Op.). — Comparaison entre l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'accouchement provoqué, par Tarnier. (*Presse méd.*, 20 juill.) — Opération de Porro dans la grossesse avec tumeurs ovariennes malignes, par Voigt. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 1.) — Opération de Porro pour un utérus didelphe, par Tschudy. (*Ibid.*, XLIX, 3.) — Un cas d'opération césarienne pour rétrécissement du bassin par ostéomalacie, par Fischer. (*Prager med. Woch.*, 19.) — Dystocie due à une hystéropexie antérieure, ayant nécessité l'opération césarienne, par Goubaroff. (*Semaine méd.*, 5 juin.) — Bassin cyphotique avec exostoses, opération césarienne conservatrice, par Ludwig. (*Cent. f. Gynaek.*, 18 mai.)

Chaleur. — Mesure de la chaleur produite par un animal, par Butte et Deharbe. (*Ann. policlin. Paris*, janv.)

Champignon. — L'oïdium albicans, agent pathogène; pathogénie des désordres morbides, par Charrin et Ostrowsky. (*Acad. des sc.*, 4 juin.) — Les parasites du genre streptothrix dans la pathologie humaine, par Sabrazès. (*Semaine méd.*, 28 août.)

Chancre. — Le bacille du chancre simple, par Le Damany. (*Gaz. hebd. Paris*, 5 janv.) — Les phases du streptobacille du chancre mou, par Unna. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XXI, 2.)

Charbon. — Genèse des granulations cellulaires colorées par le bleu de méthyle dans la pneumonie et le charbon des lapins, par Pane. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 22.) — Nouvelle variété de bacilles charbonneux, par Chauveau et Phisalix. (*Bull. Acad. méd.*, 1er mai.) — Sur la toxine charbonneuse, par Marmier. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — Influence des produits solubles du bacille prodigiosus sur l'infection charbonneuse, par Roger. (*Soc. de biol.*, 18 mai.) — Importance de l'examen du mucus intestinal chez les bœufs charbonneux, en l'absence de germes dans leur sang, par Gaul. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1103.) — Histologie de l'œdème charbonneux, par Hammerschlag. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XXI, 4.)

Chirurgie. — L'évolution récente de la chirurgie, par Gould. (*Lancet*, 25 mai.) — La chirurgie au dispensaire, par Remy. (*Journ. de clin. infant.*, 27 juin.) — Quelques applications de la suspension en chirurgie, par A. Reverdin. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 6.) — Leçons de clinique chirurgicale, par Tillaux. (In-8°, 530 p., *Paris.*) — Rapport sur la policlinique chirurgicale universitaire de Munich en 1894, par Klaussner. (*Münch. med. Woch.*, 4, p. 75.) — Manuel de diagnostic chirurgical, par Duplay, Rochard et Demoulin. (In-16, 309 p., *Paris.*) — Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1894, par Terrier. (*Progrès méd.*, 16 mars.) — Existe-t-il des saisons défavorables pour les opérations chirurgicales? par Abbe. (*Medical Record*, 27 avril.)

Chlorose. — Pathologie et traitement de la chlorose, par E.-E. Müller. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Remarques sur le traitement de la chlorose et l'emploi thérapeutique du fer, par Hayem. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 avril.)

Choléra. — Sur la microbie du choléra, par Metchnikoff. (*Bull. méd.*, 23 mai.) — Coup d'œil sur l'état actuel de la bactériologie du choléra, par Gruber. (*Münch. med. Woch.*, 13 et 14, p. 277 et 310.) — Les causes de la phosphorescence des vibrions cholériques, par Weleminsky. (*Prager med.*

Woch., 25.) — Sur les propriétés cholériques des humeurs de malades atteints de choléra asiatique, par Bosc. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 6.) — Sur les lésions du cerveau dans le choléra asiatique, par F.-J. Tchistowitch. (*Vratch*, 1er juin.) — L'épidémie de Lisbonne, par Pestana et Bettencourt. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 22.) — Des complications de la convalescence du choléra, par Lesage et Macaigne. (*Arch. de méd.*, janv.) — Sur les injections intraveineuses dans le choléra, par J.-E. Hagen-Torn. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Des réactions thermiques consécutives aux transfusions intraveineuses de sérum artificiel dans le choléra, par Galliard. (*Soc. méd. des hôp.*, 29 mars.)

Chorée. — De la nature infectieuse rhumatismale de la chorée, par Meyer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 1, 2 et 3.) — Etiologie de la chorée, par Brush. (*Med. Record*, 13 avril.) — De la chorée chronique, par Ganghofner, (*Prager med. Woch.*, 7 mars.) — Chorée récidivante et redevenue chronique avec transmission par hérédité similaire, par Chauffard. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 avril.)

Choroïde. — Coloboma double de la choroïde, par Veasey. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — Choroïdite disséminée sympathique, par Caspar. (*Klin. Monats. f. Augenk.*, juin.)

Cicatrice. — Epithéliomas multiples développés sur une cicatrice, par Leredde. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.)

Circulation. — Influence de la suspension par la tête sur la circulation, par G. Joachimsthal. (*Archiv für Physiol.*, p. 200.)

Climat. — Du séjour en Egypte pour les chroniques, par Hardwicke. (*Dublin Journ.*, 1er juin.) — Des conséquences fâcheuses du défaut d'oxygène dans les hautes vallées alpestres, par Guillaume. (*Thèse de Lyon.*)

Cœur. — Cardiographie chimique, par Lescœur et Coez. (*Bull. méd. Nord*, 24 mai.) — Sur la cardiographie, par W. Cowl. (*Archiv für Physiologie*, p. 197.) — Présence d'acide paralactique dans le liquide péricardique du bœuf, par C. Külz. (*Zeits. f. Biol.*, XXXII, p. 252.) — De quelques bruits extracardiaques, par Caillot. (*Thèse de Lyon.*) — Un cas d'affection cardiaque et rénale simulant la consomption, par Benedict. (*Americ. med. Bull.*, 1er juill.) — Diagnostic des maladies du cœur (souffles extra-cardiaques de Potain), par J. Swietoukhine. (*Kharkoff*, 1895.) — Névroses du cœur et des vaisseaux, par Determan. (*Gaz. lek.*, mars.) — Troubles du rythme cardiaque et du pouls par irritation du conduit alimentaire, par Sharp. (*Lancet*, 15 juin.) — De l'instabilité cardiaque due à une auto-intoxication acide, par English. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 juin.) — Deux cas dans lesquels un double second bruit était entendu, seulement à la pointe du cœur, par Sansom. (*Lancet*, 11 mai.) — De l'importance du myocarde pour les symptômes et la marche de l'endocardite aiguë et des lésions valvulaires chroniques, par Romberg. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 141.) — Des myocardites aiguës, par Roger. (*Presse méd.*, 20 juill.) — Symphyse cardiaque et asystolie paradoxale symphysaire, par Rondot. (*Semaine méd.*, 17 août.) — De la symphyse cardiaque d'origine rhumatismale, par Merklen. (*Ibid.*) — Des formes cliniques de la maladie de Stokes Adams, par Quelmé. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de tachycardie paroxystique périodique chez un tuberculeux, par Moncorgé. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Quelques causes

de troubles cardiaques, tachycardie, etc., par JACOB. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.) — De l'asystolie, par ROGER. (*Ann. de méd.*, 27, p. 209.) — La fièvre continue de l'endocardite, par DISBROW. (*Med. News*, 27 juill.) — Endocardite ulcéro-végétante dans un cas de streptococcie généralisée, par PICOT et HOBBS. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Endocardite tuberculeuse et endocardite chez les tuberculeux, par GIRAUDEAU. (*Bull. méd.*, 24 juill.) — Endocardite végétante d'origine puerpérale, embolies pulmonaires, mort, par MACAIGNE et SCHMID. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.) — Traitement de l'endocardite aiguë rhumatismale, par CATON. (*Lancet*, 17 août.) — De la péricardite à pneumocoques, par VIGNAU. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de lésion valvulaire du cœur, par VANHERSECKE. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — Diagnostic de l'insuffisance aortique chez le vieillard, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 5 juin.) — Deux cas d'insuffisance aortique guéris par l'iodure, par PICOT. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Insuffisance aortique accompagnée de souffle présystolique inorganique, par FABRE. (*Marseille méd.*, 15 juill.) — Un cas de rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire et inter-auriculaire diagnostiqué pendant la vie et confirmé par l'autopsie, par D.-Th. NAZAROFF. (*Vratch*, 23 mars.) — Du rétrécissement mitral, par MICHEL. (*Ann. de méd.*, 20, p. 153.) — Critique de la théorie de l'hémisystole dans l'insuffisance mitrale, par FRANÇOIS-FRANCK. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Des déplacements du cœur consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe, par LESTAGE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur le traitement des maladies chroniques du cœur par la méthode de Schott, par BROADBENT. (*Practitioner*, mai.) — Thérapeutique du cœur sénile, par PATTEE. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 juin.) — Progrès dans la thérapeutique cardiaque, par KRAUSS. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — L'alcool dans le traitement des maladies du cœur, par CHAPMAN. (*Lancet*, 18 mai.) — Action de la digitale sur le cœur, par F. FRANCK. (*Bull. Acad. méd.*, 2 juill.) — Influence du sulfate de strychnine sur le rythme du cœur, par LAHOUSSE. — Influence des courants induits successifs sur la contractilité du cœur, par LAHOUSSE. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 4.) — Plaie du cœur, par GLAZEBROOK. (*Med. News*, 11 mai.) — Plaie du cœur par arme à feu, par MASTIN. (*Ibid.*, 29 juin.) — De la rupture du cœur, par BAYLAC. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 mars.) — Rupture du cœur, par JAY. (*Soc. anat. Paris*, 21 juin.) — Etude d'un cas de rupture du ventricule gauche, par Upham WILLIAMS. (*Med. Record*, 18 mai.) — Fibrome pédiculé de l'oreillette gauche, par LETULLE. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Sur le cancer du cœur, par LAISNEY. (*Thèse de Paris.*) — Sur un cas de rabdomyome du cœur, par CÉSARIS-DEMEL. (*Giorn. Accad. Med. Torino*, 3-4, p. 202.) — Cancer du cœur chez un homme atteint de cancer du foie, par LAISNEY. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.)

Conjonctive. — Dégénérescence amyloïde de la conjonctive, par FUMAGALLI et KRUCH. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 1.) — Des conjonctivites trachomateuses et folliculeuses; traitement des granulations par la pincette à rouleaux tournants de Knapp, par H. SCHMIDT-RIMPLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 janv.) — Contribution à l'étude du pemphigus de la conjonctive, par BORTHEU. (*Klin. Monats. f. Augenk.*, mai.) — Traitement de la conjonctivite granuleuse, par TROUSSEAU. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — Traitement des conjonctivites par les irrigations sous-palpébrales prolongées, par VACHER. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Nœvus pigmentaire de la conjonctive, par ARMAIGNAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juill.)

Coqueluche. — La coqueluche à l'hôpital Trousseau, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mars.) — Coqueluche grave et persistante, par WIGHTMAN.

(*Lancet*, 1er juin.) — Complication de la coqueluche, double décollement rétinien chez un enfant de 4 ans, par Teillais. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 juill.) — La coqueluche anormale chez le nourrisson, par Baumel. (*N. Montpellier méd.*, IV, 23, p. 450.) — Traitement climatérique de la coqueluche, par Festal. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Traitement de la coqueluche, par Ullmann. (*Jahrb. f. Kind.*, XL, 1.) — Sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche, par Moncorvo. (*Journ. de clin. infant.*, 14 mars.) — De la coqueluche, valeur thérapeutique de la cocaïne, 300 cas, par Wells et Carré. (*Lancet*, 8 juin.) — De l'ozone dans la coqueluche, par Labbé et Oudin. (*Rev. de thérap. méd. chir.*, 15 juill.) — Traitement de la coqueluche par l'hypersulfuration cutanée, par Josset. (*Thèse de Paris.*) — Réponse à Sonnenberg, au sujet du traitement de la coqueluche par l'amygdalate d'antipyrine, par Rehn. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 102.) — Traitement de la coqueluche par la quinine, par Fischer. (*N.-York med. j.*, 11 mai.)

Cordon ombilical. — Sur un cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical, par Joy. (*Thèse de Paris.*) — Recherches expérimentales sur les nœuds du cordon, par Lefour et Oui. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Rotation interne de la tête et circulaire du cordon, par Lefour. (*Ibid.*) — Pansement du cordon chez les nouveau-nés, par Schliep. (*Therap. Monats.*, juin.) — Nouveau procédé de ligature du cordon ombilical, par Budin. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Sur la ligature unique du cordon ombilical, par W.-S. Grouzdiew. (*Vratch*, 16 fév.)

Cornée. — Commune étiologie de la kératite et de la choroïdite parenchymateuse, par Chibret. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — La kératite filamenteuse, par Sourdille. (*Thèse de Paris.*) — Etiologie et traitement des ulcères infectieux de la cornée, par Abadie. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Un cas de kératite parenchymateuse d'origine tuberculeuse, par Zimmermann. (*Graefe's Arch.*, XLI, 1.) — Cas de cornées coniques, par Haltenhoff. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 11, p. 629.) — Du raclage méthodique de la cornée dans le traitement du ptérygion, par Deschamps. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai, et *Ann. d'ocul.*, juill.) — Cautérisations ignées superficielles de la cornée dans les cas d'infiltration cornéenne consécutive à l'ophtalmie purulente, par Sureau. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Des injections salées sous-conjonctivales et de leur action curative dans les ulcères de la cornée, par Arnold Marti. (*Bâle.*)

Corps étrangers. — Quelques cas de corps étrangers des voies aériennes, par Mandowski. (*Deut. med. Woch.*, 25 juill.) — Corps étranger dans le corps vitré, par Sollaud. (*Arch. de méd. nav.*, juill.) — Observations de corps étrangers dans l'œil (5 cas dans la chambre antérieure et l'iris dont un fragment de porcelaine et deux éclats d'aimant; 2 cas du cristallin et 2 du corps vitré dont un éclat de verre depuis dix ans et une esquille de fer avec bulle d'air), par A. Grünthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Des corps étrangers du nez, par B. Fraenkel. (*Ibid.*, 28 janv.) — Des corps étrangers du sinus maxillaire, par Baratoux. (*Progrès méd.*, 6 avril.) — Des corps étrangers de l'œsophage, par Allen. (*N. York med. j.*, 17 août.) — Trois cas de corps étrangers de l'œsophage, par Bernard. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Une cuiller dans un estomac, par Donnadieu et Capderon. (*Journ. méd. Bordeaux*, 24 mars.) — Gastrostomie, ablation d'une masse de poils de cinq livres, par Swain. (*Lancet*, 22 juin.) — Corps étranger de l'avant-bras depuis sept ans, par Evans. (*Ibid.*, 8 juin.) — Corps étranger de la vessie, fragment de thermomètre introduit par l'urètre, par Adenot.

(*Lyon méd.*, 18 août.) — Des corps étrangers de la vessie, par HOCHMANN. (*Deut. med. Woch.*, 30 mai.) — Corps étranger (fragment de sonde) retiré de la vessie par la taille hypogastrique, par E. FRANK. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 nov. 1894) — Corps étrangers du vagin, par STRAPP. (*Journ. of mental sc.*, juill.)

Crâne. — Les travaux récents sur la topographie cranio-encéphalique, par CHIPAULT. (*Méd. moderne*, 31 juill.) — De la stase papillaire, sa valeur diagnostique dans les chocs du crâne, par ADAMKIEWICZ. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Epithélioma du cuir chevelu, par BÉRARD. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Sur les épithéliomas perforants de la voûte cranienne avec propagation aux méninges et à l'encéphale, par BRICE. (*Thèse de Lyon.*) — Exostoses ostéogéniques de la voûte du crâne, par POIRRIER. (*Thèse de Paris.*) — Plaies du crâne par arme à feu, par CRICKX. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Deux cas de traumatisme cranien intéressants au point de vue des localisations corticales, par CHIPAULT. (*Méd. moderne*, 6 juill.) — Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver, lésions des hémisphères, abcès intra-cérébral, par MERMET. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Contusion du front, aphasie, paralysie du bras droit, convulsions, trépanation, évacuation de caillot, guérison, par RUSSEL et PINKERTON. (*Brit. med., j.*, 15 juin.) — Fractures compliquées de la voûte cranienne, par GUBLER, (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 2.) — A propos d'une fracture du crâne, par POTEL. (*Bull. méd. Nord*, 24 mai.) — Résection partielle des os du crâne, par RAZOUMOWSKI. (*Vratch*, 22 juin.) — De la régénération des os du crâne après résection pour nécrose, par HOFMEISTER. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII 2.) — Hétéroplastie des ouvertures craniennes, par FRAENKEL. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.)

Criminel. — Le criminel génésique, par James WEIR. (*Med. Record*, 11 mai.) — Sur le type anthropologique des criminels, par K.-A. BIELILOWSKI. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Cristallin. — La forme du cristallin de l'homme et des vertébrés, par FRIDENBERG. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — Luxation du cristallin dans la chambre antérieure, par E. MARTIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 9 juin.) — Luxation du cristallin, par G. SOUS. (*Ibid.*, 28 juill.) — Quatre cas de cataracte polaire postérieure rétrocédant avec l'élimination exagérée d'acide urique par l'urine, par BERGMEISTER. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 nov. 1894.) — Des modifications générales et réfringentes du globe oculaire consécutives à la suppression du cristallin, par TRUC. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — 100 cas de cataracte, par WEEKS. (*N. York med. j.*, 3 mai.) — La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte, par BERNARD. (*Thèse de Paris.*) — Sur l'opération de la cataracte secondaire, par WICHERKIEWICZ. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Du nettoyage des masses corticales dans l'opération de la cataracte par injection et aspiration, par DRANSART. (*Ibid.*) — Correction optique des opérés de cataracte, par ANTONELLI. (*Ibid.*) — Des hémorragies après l'ablation de la cataracte, par LEE. (*Practitioner*, juin.) — Du traitement des opérés de cataracte en cas d'infection consécutive, par WICHERKIEWICZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov. 1894.)

D

Daltonisme. — Sur la cécité des couleurs, par BEETZ. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 211.)

Démographie. — Mortalité infantile à Prague, par R. FISCHL. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 nov. 1894.)

Dent. — De l'articulation alvéolo-dentaire, par BELTRAMI (*Thèse de Paris.*) — L'art dentaire en Belgique, par E. ROSENTHAL. (*La policl. Bruxelles*, 15 juin.) — De l'antisepsie bucale et de ses applications à l'art dentaire, par LANIOL. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la pulpe dentaire exposée par REBOULET. (*Thèse de Lyon.*) — Affections de la dentition, par KASSOVITZ, ESCHEWICH et BIEDERT. (*Berlin klin. Woch.*, 12 nov. 1894. — Carie des deuxième et troisième molaires supérieures, méningite septique, mort, par STETTER. (*Cent. f. chir.*, 20 juil.) — Des accidents osseux de la dent de sagesse, par PITOT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Causes et traitement de l'odontalgie, par METNITZ. (*Wiener med. Presse*, 5 mai.) — Influences de la pauvreté en chaux de l'eau potable et de la nourriture sur le développement de la carie dentaire, par ROSE. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1103.) — Les fistules dentaires dans la région du menton, par H. SCHMID. (*Prager med. Wochenschr.*, 25.) — Fistule mentonnière par altération de la première grosse molaire inférieure chez une enfant de 7 ans et demi, par RÉMY et NOGUÉ. (*Journ. clin. inf.*, 21 fév.) — Tumeurs malignes de la membrane péri-dentaire, par SMITH. (*Lancet*, 6 juil.) — De l'élongation des dents appliquée au traitement de quelques cas d'érosion dentaire, par MARTIN. (*Lyon méd.*, 7 juil.) — Du formaldéhyde et de son emploi dans la chirurgie dentaire, par DE MARION. (*Prog. méd.*, 6 avril.)

Désinfection. — Désinfection des matières fécales, par MARCHOUX. (*Arch. méd. nav.*, mai.) — Essai d'hygiène rurale, de la désinfection à la campagne, par DELAPORTE. (*Thèse de Paris.*) — De la désinfection pendant et après la maladie, par LEMAIRE. (*Conc. méd.*, 30 mars.) — De la désinfection des appartements, par MARENGE. (*Thèse de Lyon.*) — De la désinfection des mains, par SCHAEFFER. (*Ther. Monats.*, juil.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains, par REINICKE. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 3.) — La tourbe comme agent de désinfection, par GARTNER. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 5.) — Formaldéhyde comme désinfectant, par E. A. CHEPILEWSKI. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — De la désinfection par la production sur place de vapeur de formaldéhyde ou formol, par BARDET. (*Bull. de Thérap.*, CXXVIII, p. 400.) — Propriétés désinfectantes du nitrate d'argent et de l'argentamine, par R.-F. GOUNDRIZER. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Sur un nouvel appareil à désinfection par la vapeur d'eau sous pression, par WIDAL. (*Méd. mod.*, 29 mai.)

Diabète. — Recherches chimiques sur un cas de diabète pigmentaire, par AUSCHER et LAPICQUE. (*Soc. de Biol.*, 25 mai.) — De la cirrhose pigmentaire et du diabète bronzé, par MOSSÉ et DOUNIC. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 juil.) — Un cas de diabète bronzé, par DE MASSARY et POTIER. (*Soc. anat. Paris.*,

26 avril.) — Diabète bronzé suivi d'autopsie, par Marie. (*Sem. méd.*, 22 mai.) — Du diabète bronzé, par Dutournier. (*Thèse de Paris.*) — Etudes cliniques sur le diabète, par Worms. (*Bull. Ac. méd.*, 23 juil.) — Diabète sucré, par Davis. (*Americ. j. of med. sc.*, juil.) — Critique de la théorie de Lépine sur la pathogénie du diabète, par Spitzer. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 octob. 1894.) — Du diabète sucré, par Lenné. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 23 mars.) — Sur la glycosurie alimentaire chez les sujets sains, par Linossier et Roque. (*Bull. méd.*, 27 mars.) — Du réflexe rotulien dans le diabète, par Grube. (*Deut. med Woch.*, 6 juin). — Sur les complications oculaires du diabète, par Kœnig. (*Soc. franc. d'Opht.*, 6 mai.) — Des hémorragies intestinales dans le diabète, par Lœb. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte.*, 1er sept. 1894.) — Du foie gras dans le diabète phlorhydzique, par Rosenfeld. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.) — Du diabète sucré dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire, par Sauvage. (*Thèse de Paris.*) — Phlegmon et gangrène diabétique, par Sengensie. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mars.) — Du coma diabétique, par Hirschfeld. (*Deut. med. Woch.*, 27 juin.) — De l'acétonurie et du coma diabétique, par Hirschfeld. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Traitement du diabète par la médication alternante, par A. Robin. (*Bull. Acad. méd.*, 11 juin et *Bull. gén. de Thérap.*, CXXIX, p. 9.) — Le diabète, traitement par Vintras. (*Londres.*) — Emploi de l'alcool chez les diabétiques, par Hirschfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 fév.) — Traitement du diabète sucré par la levure de bière, par Cassaet. (*Sem. méd.*, 21 août.) — Traitement du diabète pancréatique par l'ingestion de pancréas de veau, par Ausset. (*Ibid.*) — Diabète traité par le ferment glycolytique, par Lépine. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Traitement du diabète sucré par le nitrate d'urane, par West. (*Brit. med. j.*, 24 août.) — Diabète insipide traité par l'ingestion de capsules surrénales, par Clark. (*Ibid.*, 18 mai.)

Digestion. — Sur l'action des divers acides dans la digestion par la pepsine, par Hahn. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 3.)

Diphtérie. — La période d'incubation de la diphtérie, par Carstens. (*Deut. med. Woch.*, 29 août.) — L'état actuel de la question de la diphtérie, par Bettmann. (*Med. News.*, 10 août.) — La diphtérie à l'hôpital des enfants, par A. Moussous. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mars.) — Allures des épidémies de diphtérie dans les hôpitaux de Vienne, depuis 1862, par von Widerhofer. (*Berlin klin. Woch.*, 15 oct. 1894.) — Observations au sujet de la diphtérie dans l'armée, par Catrin. (*Soc. méd. des Hôp.*, 5 avril.) — Etiologie de la diphtérie, par Novy. (*Med. News*, 13 juil.) — Mode d'extension de la diphtérie, par C. Flügge. (*Zeit. f. Hyg.*, XVII.) — Matériaux à l'étude de la diphtérie, par G. N. Gabritchewski. (*St.-Pétersbourg.*) — Immunité des personnes saines à l'égard de la diphtérie, par Wastermann. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1097.) — Amélioration de la technique des cultures diphtériques, par Ohlmacher. (*Med. News*, 4 mai.) — Diphtérie animale et diphtérie humaine, par Gallez. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 4.) — Persistance des bacilles dans la gorge, après la diphtérie, par Méry. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 fév.) — Inoculation aux animaux comme méthode décisive de diagnostic de la diphtérie, par Runge. (*N. York med. j.*, 11 mai.) — Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie, par Cadet de Gassicourt. (*Bull. Acad. méd.*, 25 juin.) — Observations sur la diphtérie, par Mac Collom. (*Boston med. Journ.*, 9 mai.) — Sur le diagnostic bactériologique de la diphtérie, par Vogt. (*Norsk Mag.*, mars.) — Diagnostic de la diphtérie, par Silberschmidt. (*Cor. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 déc. 1894.) — Du diagnostic précoce clinique et bactériologique des angines diphtériques, par Furst. (*Berlin. klin.*, 81.) — Expériences sur les infections mixtes dans la diphtérie, par

FUNCK. (*Zeit. f. Hyg.* XVII et *Hyg. Rundsch.*, IV p. 977.) — La diphtérie de l'adulte à l'hôpital Lariboisière, par GOUGUENHEIM. (*Ann. mal. de l'org.*, juillet.) — Un cas de diphtérie bronchique prolongée, par CASSAET. (*Sem. méd.*, 17 août.) — 87 cas de diphtérie, par FEIGE. (*Therap. Monat.*, juin.) — De la diphtérie cutanée par ZAUFAL. (*Prager med. Woch.*, 7 mars.) — Anurie dans la diphtérie, par WILDE. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — Angine diphtérique, mort par syncope après trois semaines de guérison apparente, par COULON. (*Méd. infant.*, 15 mars.) — Sur le croup d'emblée et sur le diagnostic différentiel entre la laryngite aiguë suffocante et le croup diphtérique, par VARIOT. (*Journ. de clin. inf.*, 2 mai.) — Angines diphtéritiques bénignes, par E. PERCEPIED. (*Norm. méd.*, 15 mai.) — Angine diphtéritique avec récidive, par AUGER. (*Ibid.*, 1er juin.) — Des formes frustes de l'angine diphtérique, par FOSSATI. (*Thèse de Paris.*) — Paralysie diphtérique, alimentation forcé sous le chloroforme pendant dix jours, par POPE. (*Brit. med. j.*, 15 juin.) — Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphtéritiques, par CROCQ fils. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 4.) — Examen anatomique d'un cas de paralysie post-diphtéritique étendue, avec résultats négatifs (examen microscopique de tous les nerfs paralysés), par HASCHE. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 240.) — Vaccination des chiens avec des cultures virulentes de diphtérie et traitement des lapins avec le sérum des chiens immunisés, par S. AJELLO. (*Riforma med.*, 93, p. 206.) — Quelques expériences sur la production et l'usage de l'antitoxine de la diphtérie, par BIGGS. (*Med. Record*, 20 avril.) — Sur la préparation de l'antitoxine de la diphtérie, par PARK. (*Ibid.*, 20 avril.) — De l'immunisation contre la diphtérie, par l'antitoxine, par PECK. (*Ibid.*, 20 avril.) — L'antitoxine dans la diphtérie, par DAVIES. (*Ibid.*, 27 avril.) — Quelques effets toxiques du traitement sérothérapique de la diphtérie, par SEIBERT. (*Ibid.*, 19 janv.) — La faible mortalité actuelle dans la diphtérie est-elle due à l'usage du sérum antitoxique, par HEALY. (*Ibid.*, 27 avril.) — L'antitoxine dans le traitement de la diphtérie, à Yonkers, par BROWNE. (*Ibid.*, 27 avril.) — De l'emploi de l'antitoxine diphtérique au Nursery and Child's Hospital de New-York, par Allen THOMAS. (*Ibid.*, 15 juin.) — Trois expériences sur des chiens destinées à déterminer la durée de l'immunité que confère l'antitoxine diphtéritique, par OHLMACHER. (*Ibid.*, 18 mai.) — Action du sérum sanguin ordinaire et antidiphtérique sur l'organisme sain apprécié par le développement des individus et leur accroissement de poids, par ARLOING. (*Lyon méd.*, 2 juin.) — Sur l'antitoxine diphtérique, par GUÉRIN et MACÉ. (*Acad. des sc.*, 5 août.) — Sur quelques effets non mentionnés par Roux des injections de toxine diphtérique sur le cheval, par ARLOING. (*Lyon méd.*, 19 mai.) — Ce que disent les adversaires de la sérothérapie, par ZOLOT-NISKY. (*Ibid.*) — La sérothérapie à Lyon, par PATEL. (*Thèse de Lyon.*) — La sérothérapie et la mortalité de la diphtérie, par RICHET. (*Rev. scient.*, 20 juil.) — Des lésions intestinales dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë, par COURMONT, DOYON et PAVIOT. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Sur les effets physiologiques de la toxine diphtérique, par ENRIQUEZ et HALLION. (*Ibid.*) — Action de la toxine diphtérique sur le système nerveux de la grenouille maintenue à 38 degrés, par COURMONT, DOYON et PAVIOT. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — Sur les troubles imprimés à la température, aux combustions respiratoires et à la thermogenèse par les toxines diphtériques, par ARLOING et LAULANIÉ. (*Ibid.*, 8 juin.) — Lésions hépatiques engendrées chez le chien par la toxine diphtérique, par COURMONT, DOYON et PAVIOT. (*Ibid.*, 27 juil.) — Persistance du bacille de la diphtérie après la sérumthérapie, par GRÉGOIRE. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Un cas d'angine diphtéritique avec streptocoque, guérie par les injections de sérum, par P. OLIVIER. (*Norm. méd.*, 15 avril.)

— 38 cas d'angine diphtéritique et à streptocoque traités par le sérum, par Lecourt. (*Ibid.*, 1er juin.) — De la sérothérapie dans la diphtérie, par Bézard. (*Journ. des pratic.*, 26, p. 401.) — 2 cas de diphtérie traités par la sérothérapie, guérison par Veil. (*France méd.*, 5 juil.) — Diphtérie oculaire et sérothérapie, par Terson. (*Soc. opth. Paris*, 4 juin.) — Un cas d'ophtalmie diphtérique traité par le sérum, par F. Lagrange. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mars.) — Trois cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique, par J. Davezac. (*Ibid.*, 26 mai.) — Diphtérie de la voûte palatine et du voile du palais, sérothérapie, par G. Péry. (*Ibid.*, 9 juin.) — Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtérique, par Cardeillac. (*Thése de Bordeaux.*) — Quelques réflexions sur l'hyperthermie consécutive aux injections de sérum antidiphtérique, par Variot. (*Soc. méd. des hôp.*, 29 mars.) — De la sérumthérapie dans la diphtérie, par Bézard. (*Ibid.*, 17 mai.) — Des exanthèmes sérothérapiques, par Dubreuilh. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Diphtérie avec association guérie après une injection, par Négrié. (*Ibid.*, 14 août.) — La sérothérapie de la diphtérie, par Saint-Philippe et Tocheport. (*Ibid.*) — La sérothérapie à Madrid, par Robert. (*Ibid.*) — De la réalité des accidents de la sérothérapie, par Moussous. (*Ibid.*) — Sur un cas de diphtérie traité et guéri par la sérothérapie, par Camuzet et Baudry. (*Bull. Soc. sc. Ouest*, IV, 2.) — Deux cas de croup traités par le sérum, par Klynens. (*Ann. Soc. Anvers*, avril.) — Inefficacité du sérum antidiphtérique dans seize cas de diphtérie toxique suivie de mort, par Variot. (*Journ. clin. inf.*, 16 mai.) — Sur l'immunité diphtérique, par A. Johannessen. (*Norsk Magaz.*, mars.) — Technique de la sérumthérapie dans la diphtérie, par Duriau. (*Journ. des Pratic.*, 19, p. 296.) — De la sérothérapie, par Bertin. (*Ibid.*, 18, p. 273.) — Sur le traitement de la diphtérie par le sérum, par K. A. Rauchfuss. (*Vratch*, 1er juin.) — Expériences avec le sérum de cheval simple et antidiphtérique, par G. M. Wlaieff. (*Ibid.*, 20 avril.) — Sur les propriétés du sérum antidiphtérique de Behring, par G. J. Gorianski. (*Ibid.*, 16 fév.) — Diagnostic des cas douteux de diphtérie, (*Brit. med. Assoc. Brit. med. j.*, 31 août.) — L'antitoxine diphtérique, par Biggs. (*Ibid.*) — Les statistiques de diphtérie à Londres 1891-95, par Dixey. (*Ibid.*) — Discussion sur la diphtérie et la sérothérapie. (*Ibid.*, 24 août.) — L'immunisation des chevaux pour la préparation du sérum diphtérique, par Robertson. (*Lancet*, 24 août.) — Traitement de la diphtérie par l'antitoxine, par Mantle. (*Leeds and West riding Med chir. Soc.*, 3 mai.) — Antitoxine diphtérique, par Bergen. (*N. York med. j.*, 3 août.) — La leucocytose de la diphtérie sous l'influence de la sérothérapie, par Ewing. (*Ibid.*, 10 août.) — Diagnostic de la diphtérie, traitement local, cas traités par l'antitoxine, par Williams. (*Americ. j. med. sc.*, août.) — Diagnostic de la diphtérie, traitement local, quelques cas traités par l'antitoxine, par Williams. (*Ibid.*, juil.) — Un cas de diphtérie laryngée traitée par l'antitoxine, par Lund. (*Boston med. Journ.*, 16 mai.) — Les effets immunisants de la toxine antidiphtéritique, par Morrill. (*Ibid.*, 27 juin.) — Observations de diphtérie laryngée traitées par l'antitoxine avec ou sans tubage, par Rosenthal. (*Med. News*, 8 juin.) — Résultats du traitement de 40 cas de diphtérie par l'antitoxine, par Howard. (*Ibid.*, 1er juin.) — Discussion de la Société médicale de Berlin sur la sérothérapie dans la diphtérie. (*Berlin klin. Woch.*, 5 nov. 1894.) — Résultat des inoculations préventives et curatives du sérum antidiphtéritique à la policlinique de Koenigsberg, par Paul Hilbert. (*Ibid.*, 26 nov. 1894.) — Eruption hémorragique à la suite d'injection de sérum antidiphtéritique de Behring, par F. Mendel. (*Ibid.*, 26 nov. 1894.) — L'épidémie de diphtérie d'Héligoland, succès des vaccinations préventives avec le sérum de Behring, par Mervins. (*Ibid.*, 15 oct. 1894.) — De la sérothérapie dans la diphtérie, par Julius Ritter. (*Ibid.*,

12 nov. 1894.) — Traitement de la diphtérie humaine par le sérum curatif, par H. Kossel. (*Zeit. f. Hyg.* XVII et *Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1071. — Sérothérapie de la diphtérie, par Ehrlich et Wassermann. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 24, p. 1140.) — Traitement de la diphtérie par le sérum curatif, par Ehrlich. (*Ibid.*, IV, 23, p. 1097.) — Statistique de la sérothérapie dans la diphtérie, par Gottstein. (*Therap. Monats.*, mai.) — Considérations sur la diphtérie et sur son traitement par la sérumthérapie, par Ritter. (*Wiener med. Woch.*, 13 avril.) — Traitement sérothérapique de la diphtérie, observation personnelle, par Simonovic. (*Wiener med. Presse*, 10 fév.) — Contribution à la sérumthérapie dans la diphtérie, par Achtner et Schnabel. (*Münch. med. Woch.*, 1, p. 11.) — Rapport sur la sérumthérapie antidiphtérique de Behring, par H. Hammer. (*Prager med. Woch.*, 15 et 16.) — L'état actuel de la sérumthérapie de la diphtérie, par Wolfram. (*Ibid.*, 26.) — De la sérothérapie dans la diphtérie, par E. Feer. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 janv.) — Un cas d'angine diphtéritique traité par le sérum curatif, par Hoffmann. (*Ibid.*, 15 avril.) — Emploi du sérum de Behring dans la diphtérie, par Burza. (*Morgagni*, avril.) — Sur un cas grave de diphtérie guérie par la sérothérapie, par F. Abba et C. de Regibus. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, 3 et 4, p. 226.) — Deux cas de croup guéris par le sérum, par Ricci. (*Riforma med.*, 29 avril.) — 14 cas de diphtérie guéris par le sérum, par Damieno. (*Ibid.*, 18 mars.) — Diphtérie oculaire, actualité et réminiscence, par Nicati. (*Marseille méd.*, 1er juin.) — Inefficacité des méthodes de désinfection employées contre la diphtérie de l'enfance, par Schlichter. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 octobre 1894.) — Diphtérie amygdalotomie comme mesure prophylactique, par Godfrey. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Diagnostic et traitement de la diphtérie, par Michel. (*Thèse de Paris.*) — Traitement d'un croup d'emblée par la poudre de tannin, par E. Collin. (*Journ. clin. infant.*, 16 mai.) — Contribution au traitement local de la diphtérie, par Langes. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 215.) — Résultats de sept années de traitement de la diphtérie, par Stowell. (*Med. Record*, 4 mai.) — Quelques considérations sur la désinfection des appartements telle qu'elle est pratiquée actuellement, et la contagion de la diphtérie, par de Pradel. (*Journ. de clin. inf.*, 4 juil.) — Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup, par Tsakiris. (*Thèse de Paris.*) — Des inconvénients de l'intubation laryngée dans le croup, par Hugues. (*Thèse de Lyon.*) — Le tubage du larynx dans le croup, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 avril.) — Les trois premiers cas d'intubation à Reims, par Guelliot. (*Union méd. Nord-Est.*, 15 juin.) — A propos des vaporisations dans le traitement de la diphtérie laryngée, par Comby. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 juin.) — Le tubage dans le croup, discussion à la 66e réunion des naturalistes allemands. (*Berlin. klin. Woch.* 15 oct. 1894.) — De l'intubation dans le croup, par Baudouin. (*Thèse de Paris.*) — Deux cas de croup, tubage, antitoxine, mort, par Rosenthal. (*Med. News*, 25 mai.) — Tubage avec dilatation forcée pendant quelques minutes dans la diphtérie, par Bors. (*N.-York med. j.*, 29 juin.) — Dilatation forcée de la glotte dans le croup pour remplacer en certains cas le tubage et la trachéotomie, par Renou. (*Sem. méd.*, 21 août.) — Nouvelle statistique sur la réduction des interventions dans le croup, par l'emploi des chambres de vapeur, par Variot. (*Journ. de clin. inf.*, 23 mai.) — Sur les trachéotomies pour diphtérie pratiquées à l'hôpital de Hanau, du 1er avril 1891 à juin 1894, par Ambrosius. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XL., 5 et 6.) — Traitement de la diphtérie, par Amende. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — Traitement actuel de la diphtérie, par Blaschko. (*Ther. Monats.*, juillet.)

Dysenterie. — La dysenterie à Tilsitt en 1893, par Wolffberg. (*Hyg.*

Rundsch., IV, 23, p. 1082.) — Dysenterie datant de quatre ans, guérie par le repos et le lait, par White. (*Lancet*, 6 juil.) — Dysenterie tropicale et abcès du foie, par Zancarol. (*Prog. méd.*, 15 juin.) — Lésions de dysenterie consécutives à la rougeole chez l'enfant, par Meslay et Jolly. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.)

E

Eau. — Importance des cultures provisoires dans l'examen bactériologique de l'eau, par Schardinger. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1,098.) — Sur la façon dont se comportent les microbes de l'eau vis-à-vis de l'oxygène dissous dans cette eau, par G. Chlopine. (*Vratch*, nº 11.) — Rapport des bactéries de l'eau et de l'oxygène dissous dans cette eau, par G. Chlopine. (*Ibid.*, 16 mars.) — Recherches bactériologiques sur l'eau de la rivière Angara, près d'Irkoutsk, par K. M. Zbanoff. (*Ibid.*, 4 mai.) — Recherches bactériologiques sur l'eau filtrée et non filtrée de la Néva, par E.-J. Bagenoff. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Captation et filtration des eaux souterraines pour l'approvisionnement urbain, par Thiem. (*Hyg. Rundsch.*, IV, p. 1,036.) — Rôle de la végétation du Rhin dans l'épuration spontanée des eaux de ce fleuve, par Schenck. (*Centralbl. f. allg. Gesundheits.*, XII.) — De la présence du bacille coli dans l'eau, par von Freudenreich. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 4.) — Influence de la lumière solaire sur les eaux d'égout, par R. Procaccini. (*Ann. dell' Istit. d'Ig. di Roma*, III.) — Expériences destinées à comparer, chez l'homme, les variations éprouvées simultanément par diverses régions de l'organisme pendant l'action et la réaction produites par l'eau froide, par Lefèvre. (*Soc. de biol.*, 15 juin.)

Eaux minérales. — La nouvelle source d'eau purgative magnésienne, captée à Friedrichshall, par Bernard Fischer. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 oct. 1894. — Sur le traitement de la lithiase rénale par les eaux naturelles ou artificielles de Contrexéville et sur l'action de ces eaux sur la sécrétion de l'acide urique, par J. Gourwitch. (*Thèse de Youriew*, 1894.) — Sur l'action des eaux ferrugineuses, du sulfate de fer et de l'hémogallol sur la quantité d'hémoglobine et des globules sanguins chez les anémiques, par Friedberg. (*Ibid.*, 1894.) — Etude physique des eaux thermales d'Aix-les-Bains, par Guyénot. (*Paris.*)

Eclampsie. — Prophylaxie et traitement de l'éclampsie, par Davis. (*Therap. Gaz.*, 15 juil.) — 2 cas d'éclampsie puerpérale, par Craik. (*Lancet*, 29 juin.) — Sur les lésions cérébrales dans l'éclampsie puerpérale, par A.-E. Jagodinski. (*Vratch*, 9 mars.) — Sur les lésions du fœtus dans l'éclampsie, par Cassaet. (*Sem. méd.*, 10 août.) — Des lésions du fœtus dans l'éclampsie puerpérale, par E. Cassaet et J. Chambrelent. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 mai.) — Un cas mortel d'éclampsie, par Hare. (*Boston med. journ.*, 16 mai.) — 4 cas d'éclampsie puerpérale survenus au Boston City Hospital, par Courtney. (*Ibid.*) — Eclampsie et tétanos consécutifs aux morsures de la langue, par Abelin. (*Sem. méd.*, 10 août.) — Traitement de l'éclampsie puerpérale, par Brindeau. (*Union méd.*, 27 avril.)

Eczéma. — De l'eczéma séborréique des paupières et de son traitement, par Leloir. (*Journ. de méd. Paris*, 19 mai.) — Sur l'eczéma aigu, par Michel. (*Thèse de Paris.*) — De l'eczéma des paupières, son traitement, par Galezowski. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 avril.) — Lésions eczématiformes symétriques des extrémités digitales du médius chez un malade atteint de prurigo chronique, par Gastou. (*Ibid.*, 13 juin.)

Electricité. — Electro-dynamomètre pour mesurer l'intensité des courants d'induction, par Dubois. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er mars.) — Sur un nouveau rhéostat à liquides, par Bordier. (*Lyon méd.*, 21 juillet.) — Appareil universel pour la mesure des courants à basse et à haute fréquences, par d'Arsonval. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — Action des courants électriques sur les tissus, par Eschle. (*Berl. klin. Woch.*, 23 avril 1894 et *Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 3.) — Nouvelle méthode de mesure des capacités électriques basée sur la sensibilité électrique de la peau, par Bordier. (*Arch. d'élect. méd.*, juil. et *Lyon méd.*, 28 juill.) — Etude graphique de la contraction musculaire produite par l'étincelle statique, par H. Bordier. (*Lyon méd.*, 2 juin.) — Des variations de la résistance électrique des tissus vivants, par Courtade. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Sur les interférences obtenues dans l'excitation unipolaire, par Charpentier. (*Soc. de biol.*, 1er juin.) — Transport des ions dans les tissus organisés sans cataphorèse, par Labatut. (Broch., 82 p., *Grenoble*, 1894.) — Modifications de la chaleur rayonnée par la peau sous l'influence des courants continus, par Lecercle. (*Acad. des sc.*, 17 juin.) — Modifications de la chaleur rayonnée produite par la faradisation, par Lecercle. (*Ibid.*, 22 juill.) — Influence de l'électricité sur l'absorption cutanée, par Aubert. (*Lyon méd.*, 16 juin.) — La physique de l'électro-thérapie à un point de vue moderne, par Houston et Kennelly. (*Amer. med. Bull.*, 15 avril.) — Technique de l'exploration électrique, par Mally. (*Prog. méd.*, 22 juin.) — Electrologie thérapeutique générale, par Tripier. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juin.) — Nouvelles électrodes pour l'application des courants continus à grande intensité, par Luraschi. (*Ibid.*) — Sur quelques rhéostats médicaux, par Bordier. (*Ibid.*) — Electrothérapie dans les affections inflammatoires des yeux, par von Reuss. (*Berl. klin. Woch.*, 12 novemb. 1894). — Histoire de l'électrothérapie en oculistique, par Pansier. (*N. Montpellier méd.*, IV, 2.) — De l'introduction diadermique des médicaments sous tension électrique, par Savy. (*Thèse de Lyon.*) — Sur la résistance électrique de certaines maladies nerveuses, par Destot. (*Lyon méd.*, 21 juill.) — Sur le massage par l'électricité, par M. Groendahl. (*Norsk Magazin*, avril.) — De la galvanisation directe de l'estomac et de l'intestin, par Brock. (*Therap. Monats.*, juin.) — Sur la cataphorèse électrique rectale, par E. de Renzi. (*Riforma med.*, 99, p. 278.) — Traitement des salpingites par l'électricité, par Regnier. (*Arch. d'élect. méd.*. août.) — Traitement électrique des vomissements, par Apostoli. (*Ibid.*) — Nouveaux faits à l'appui des contributions de l'électrothérapie au diagnostic en gynécologie, par Apostoli et Le Bec. (*Ibid.*, mai.) — Le courant continu en gynécologie, par Weill. (*Thèse de Paris.*) — Les effets physiologiques et l'application thérapeutique des courants périodiques induits en gynécologie, par Goelet. (*Amer. med. Bull.*, 15 avril.) — Traitement électro-mécanique de la constipation, par Gilles. (*Arch. d'élect. méd.*, août.)

Eléphantiasis. — Eléphantiasis des membres inférieurs datant de 17 ans, chez une femme (hystérique) de 32 ans ; avec phénomènes d'asphyxie symétrique des quatre extrémités remplacées plus tard par du myxœdème, par George Meyer. (*Berl. klin. Woch.*, 26 nov. 1864.)

Embolie. — De l'embolie graisseuse, par DE GROUBÉ. (*Rev. de chir.*, juil.) — Un cas d'embolie de l'artère pulmonaire de longue durée, par IWANICKI. (*Wiener med. Presse*, 9 juin.) — Un cas d'embolie de la fémorale droite, apparemment d'origine cardiaque, par ABBOT. (*Boston med. Journ.*, avril.) — Sur une méthode pour produire des embolies expérimentales dans le système nerveux central, par SINGER. (*Prager med. Woch.*, 23.) — Mort subite par embolie dans l'artère pulmonaire chez un malade atteint d'épanchement pleurétique volumineux et qui avait voulu se lever, par DE CÉRENVILLE. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, n° 2, p. 107.)

Embryologie. — Sur l'évolution des fonctions embryonnaires, par Mlle BAKOUNINE. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Sur l'activité sécrétoire des épithéliums de Wolff et des épithéliums rénaux dans les premiers jours de développement embryonnaire par Mme BAKOUNINE. (*Ibid.*) — L'extrémité antérieure de la corde dorsale chez les amniotes, par SAINT-RÉMY. (*Arch. de biol.*, XIV, 1.) — Connexion particulière de la paroi centrale du cerveau intermédiaire avec l'ectoderme dans des embryons de mammifères, par CHIARUGI. (*Monit. zool. ital.*, V, 5 et *Arch. ital. de biol.*, XIII, 1 et 2.) — Du développement des organes provenant de la paroi intestinale dorsale chez les embryons de grenouilles (hypocorde, rate et pancréas), par STÖHR. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 mars.)

Empoisonnement. — Des empoisonnements par médicaments introduits dans le rectum ou le vagin, par C. BINZ. (*Berl. klin. Woch.*, 21 janv.) — Nouvel antidote pour l'empoisonnement par l'opium, par MOOR. (*Brit. med. j.*, 22 juin.) — Permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium, par RAW. (*Ibid.*, 13 juill.) — Empoisonnement par l'opium traité par le permanganate de potasse, par DOWNS. (*Therap. Gaz.*, 15 juill.) — Empoisonnement par l'opium traité par le permanganate de potasse, par HARRISON. (*Med. News.*, 3 août.) — Le permanganate de potassium dans l'empoisonnement par l'opium, par HAYES. (*Med. Record*, 25 mai.) — Un cas d'empoisonnement par l'opium et le chloral, par COUDERT. (*Ibid.*, 6 juill.) — Symptomatologie de la morphinomanie, par LECERF. (*Thèse de Paris.*) — Sur les modifications de la pression artérielle pendant la morphinisation, par GUINARD. (*Soc. de biol.*, 13 juil.) — La fonction hépatique dans la démorphinisation, par SOLLIER. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Des causes de la prophylaxie et du traitement de la morphinomanie, par HODÉE. (*Thèse de Paris.*) — Empoisonnement par la belladone, par SCHOFIELD. (*Lancet*, 27 juil.) — Empoisonnement par les semences de stramonium, par CATON. (*Ibid.*, 29 juin.) — De l'intoxication aiguë par la santonine, par COMBEMALE. (*Bull. méd. Nord*, 28 juin.) — Des modifications pathologiques des organes parenchymateux dans la rhaphanie, par WINOGRADOW. (*Cent. f. med. Wiss.*, 25 mai.) — Accidents consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par VIALETTES. (*Thèse de Paris.*) — De quelques symptômes consécutifs à l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, par TRÉNEL. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 juil.) — Empoisonnement par l'exalgine, par CROOKSHANK. (*Lancet*, 25 mai.) — Empoisonnement par le sulfonal, par HARDWICKE. (*Ibid.*, 20 juil.) — Effets toxiques du tricrésol, par AREY. (*Med. news*, 20 juil.) — Influence de la température sur l'empoisonnement par la paraldéhyde, par JORFIDA. (*Morgagni*, juin). — Un cas d'intoxication phéniquée dans une circoncision rituelle, par BOGDANIK. (*Wiener med. Presse*, 18 août.) — Absorption d'une demi-once d'acide phénique, guérison, par LEWIS. (*Med. news*, 8 juin.) — 2 cas de coma dus à l'application de compresses phéniquées sur la peau, par LUCAS et LANE. (*Lancet*, 1er juin.) — Modification des organes de la respiration à la suite de l'empoisonnement

par l'acide phénique, par Wachholz. (*Deut. med. Woch.*, 9, p. 146.) — Sur l'intoxication par le sel de Berthollet, par W. Th. Demitch. (*Vratch*, 4 mai.) — Modifications du sang et de l'urine et lésions anatomiques consécutives à l'empoisonnement chronique par le phosphore, par d'Amore et Falcone. (*Arch. de pharm.*, I, 4.) — Empoisonnement par le potassium des peintres, rétrécissement de l'œsophage, par Troquart. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — Empoisonnement collectif par du sel de cuisine broyé dans un mortier contenant par hasard de l'acide arsénieux, par Vinassa. (*Chem. Ztg.*, VIII, et *Hyg. Rundsch.*, V, 5, p. 214.) — L'intoxication alimentaire par la viande de veau, par Vallin. (*Bull. acad. méd.*, 28 mai.) — Intoxication alimenaire par la viande, par Nocart. (*Ibid.*, 4 juin.) — Sur l'intoxication par es leucomaïnes, par Rachford. (*Med. Record*, 22 juin.) — Injection intraveineuse d'une solution de Na Cl dans l'empoisonnement produit par l'urine d'une personne saine, par Fubini et Mondinos. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 1, et *Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.)

Enfant. — De la morbidité et de la la mortalité des nouveau-nés à la clinique de Buda-Pesth, par Grosz. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 2 et 3.) — Etude sur la mortalité du premier âge dans les grandes villes, par Silberglait. (*Hyg. Rundsch.*, V, 5, p. 216.) — De l'accroissement en poids des enfants nés avant terme, par Potel. (*Thèse de Paris.*) — Des moyens de combattre la mortalité des nouveau-nés, par Courdoux. (*Journ. de clin. int.*, 9 mai.) — Sur l'état physique de la population enfantine de Saint-Pétersbourg, par Ekkert. (*Vratch*, 6 juil.) — Rapport sur la policlinique universitaire pour les maladies des enfants, en 1894, par Seitz. (*Münch. med. Woch.*, 3, p. 52.) — Influence de l'âge et de l'école sur le développement de l'enfant, par Schmidt-Monnard. (*Jahrb. f. Kind.*, XL, 1.) — Le premier cri, par R. Olshausen. (*Berl. klin. Woch.*, 26 nov. 1894) — Le premier cri et la première respiration. par Runge. (*Ibid.*, 4 fév.) — La première respiration, par Olshausen. (*Ibid.*, 11 fév.) — Superfétation, enfant blanc et fœtus noir, par Wight. (*Brit. med. j.*, 6 juil.) — Les sources de l'infection chez le nourrisson, par Marfan. (*Presse méd.*, 5 janv. et *Arch. de tocol.*, juin.) — Contribution à l'étude de la thérapeutique cellulaire; signification et traitement de la fièvre chez les enfants, par Jacobsohn. (*Med. Record*, 4 mai.) — La gourme chez les enfants, par Comby. (*Méd. mod.*, 15 juin). — Endocardite végétante avec embolie, chez une enfant de 4 ans et demi, par Courdoux. (*Journ. de clin. infant.*, 7 mars). — De la fréquence des affections cardiarques d'origine rhumatismale chez l'enfant, par Courdoux. (*Ibid.*, 21 mars.) — Le rhumatisme cardiaque chez l'enfant, par Huchard. (*Ibid.*, 21 fév.) — De la péricardite hémorragique et de la pleurésie chez l'enfant, par v. Stark. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 1). — De la symphyse cardiaque tuberculeuse chez les enfants, par Boissin. (*Thèse de Lyon.*) — De l'hypertrophie du cœur chez l'enfant, par Bizy. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juil.) — Endocardite fœtale avec arrêt de développement de la cloison ventriculaire, par Railton. (*Lancet*, 10 août.) — Thrombose et rupture du cœur chez un enfant, par Edridge-Green. (*Brit. med. j.*, 1er juin.) — L'empyème des enfants, par Vargas. (*Sem. méd.*, 21 août.) — Sur quelques effets produits chez les enfants par la dégénérescence caséeuse des ganglions bronchiques, par Voelcker. (*The Practit.*, juin.) — Les causes des anomalies mentales chez les enfants, par Madison Taylor. (*Americ. med. bull.*, 15 juil.) — Des causes qui contribuent à provoquer l'affaiblissement mental chez les enfants, par Pearce. (*Ibid.*, 1er août.) — De l'hémiplégie cérébrale infantile, par Dejerine. (*Méd. mod.*, 16 janv.) — Du syndrome bulbaire chez les enfants, par Filatow. (*Méd. infant.*, 15 mars.) — Paralysie douloureuse des jeunes enfants, par Brunon. (*Presse méd.*, 29 juin.)

— Des paralysies cérébrales spasmodiques dans l'enfance, par Ganghofner. (*Berl. klin. Woch.*, 5 nov. 1894.) — Des affections spasmodiques de l'enfance, par Haushalter. (*Rev. de méd.*, mai.) — La migraine chez les jeunes enfants, par Collignon. (*Union méd. Nord-Est*, 28 fév.) — Tympanisme hystérique chez une enfant de 12 ans, par Faitout. (*Journ. de clin. infant.*, 6 juin.) — Traitement des enfants faibles d'esprit, par Beach. (*The Pract.*, juil.) — Traitement des convulsions chez les jeunes enfants par les petits lavements médicamenteux et les bottes mouillées, par Monteluis. (*Journ. des Prat.*, nº 2, 2me série, p. 20.) — Affections gastro-intestinales infantiles dues à la mauvaise assimilation, par Phenix. (*Med. Record*, 29 juin.) — Traitement de la gastro-entérite estivale et du choléra infantile, par Fischer. (*Ibid.*, 13 juil.) — Antipyrine dans les diarrhées de l'enfance, par Saint-Philippe. (*Bull. méd.*, 24 avril.) — Côlite ulcéreuse chez les jeunes enfants, par Mackern. (*Lancet*, 8 juin.) — Ictère grave chez une petite fille, par Auché et Coyne. (*Sem. méd.*, 14 août.) — Ictère bronzé hémaphéique du nouveau-né, par Baumel et Boiadjieff. (*Ibid.*, 17 août.) — La cirrhose hypertrophique avec ictère chez les enfants, par Gilbert et Fournier. (*Soc. de biol.*, 1er juin.) — La cirrhose alcoolique infantile, par Roland. (*Thèse de Paris.*) — De la leucocythémie chez l'enfant, par Bonnet. (*Ibid.*) — Leucocythémie splénique chez un enfant de 9 mois, par Bitot. (*Sem. méd.*, 28 août.) — Paludisme chez l'enfant, par Proben. (*N.-York med. j.*, 11 mai, p. 602.) — La fièvre typhoïde chez les enfants, par Marfan. (*Trib. méd.*, 10 avril.) — Le rhumatisme articulaire de la première enfance, par Dupont. (*Gaz. des hôp.*, 11 juil.) — Eczéma séborréique des jeunes enfants, par Brunon. (*Norm. méd.*, 1er juin.) — Sur les inconvénients et les dangers des tatouages chez les enfants. Du détatouage, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 13 juin.) — Précis de posologie infantile, par Nogué. (In-18, 349 p.. *Paris.*) — Le mercure chez les enfants, par Comby. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — De l'iode et iodures en médecine infantile, par Comby. (*Méd. mod.*, 10 juil.) — Les bromures en médecine infantile, par Comby. (*Ibid.*, 28 août.) — Les maladies chirurgicales des enfants, leur traitement par les méthodes modernes, par d'Arcy Power. (In-8º, *Londres.*) — De la galactophorite chez le nouveau-né, par Jolis. (*Thèse de Paris.*) — 64 cas d'invagination intestinale chez l'enfant, par Hirschsprung. (*Berl. klin. Woch.*, 5 nov. 1894.) — Des tumeurs bénignes de l'ombilic chez le nouveau-né, par Courdoux. (*Journ. de clin. infant.*, 4 avril.) — Cure radicale des hernies chez l'enfant, par Broca. (*Sem. méd.*, 18 août.) — Note sur l'éventration des jeunes enfants, par Variot. (*Journ. de clin. infant.*, 27 juin.) — Incontinence nocturne d'urine chez un enfant de 12 ans, par Nicolas. (*Dauph. méd.*, 12 juil.) — Taille hypogastrique chez un enfant de 2 ans, par Kopal. (*Prager med. Woch.*, 19.) — Cancer du rein chez l'enfant, par Haushalter. (*Rév. méd. de l'Est*, 1er mai.) — Sarcome primitif du rein chez un enfant de 11 mois, par Mackintosh. (*Lancet*, 1er juin.)

Epilepsie. — Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, par Claus et van Der Stricht. (*Mém. cour. Acad. de méd. Belgique*, XIV.) — Idem., par Marinesco et Sérieux. (*Ibid.*) — Etiologie et nature de l'épilepsie tardive chez l'homme, par Maupaté. (*Ann. méd. psych.*, juil.) — Etiologie et traitement de l'épilepsie bravais-jacksonienne, par F. Raymond. (*Rev. intern. de thérap.*, nº 6 et 7.) — De l'épilepsie sénile et du symptôme de Griesinger de la thrombose basilaire, par Naunyn. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.) — Du traumatisme dans les attaques d'épilepsie, par Le Becq. (*Thèse de Paris.*) — Etat épileptique, nombre de crises considérables, 3,205 en 21 jours. Guérison, par Alexander. (*Lancet*, 31 août.) — Recher

ches sur les échanges nutritifs chez les épileptiques, par N. W. Krainski. (*Kazan.*) — Des impulsions irrésistibles des épileptiques, par Parant. (*Arch. méd.*, *Bordeaux*, juin et *Sem. méd.*, 7 août.) — Du délire hypocondriaque chez les épileptiques, par Moundlic. (*Thèse de Paris.*) — De la spontanéité impulsive des épileptiques, par Parent. (*Arch. de méd. Toulouse*, 15 mai.) — Hémiatrophie faciale et épilepsie jacksonienne sensorielle, par Diller. (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Sur un cas d'épilepsie dont les accès débutent par des mouvements professionnels, par Féré. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — Epilepsie spinale expérimentale, spasmes des extrémités sous l'influence des toxines, par Charrin. (*Ibid.*, 18 mai.) — Epilepsie jacksonienne et nœvus, par Arnozan. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 juin.) — Attaques d'épilepsie consécutives à la pénétration de la morphine, par Heimann. (*Berl. klin. Woch.*, 3 déc. 1894.) — Des fractures chez les épileptiques, par Nazelle. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de l'épilepsie, par Short. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Bromure de strontium dans l'épilepsie, par Roche. (*Ibid.*) — Du traitement de l'état de mal épileptique, par Heroguelle. (*Thèse de Paris.*) — De l'action de l'extrait rénal dans l'épilepsie, par Bra. (*Soc. de biol.*, 20 juillet.) — Traitement chirurgical de l'épilepsie, par Lanphear. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 mai.) — De la trépanation dans l'épilepsie jackonienne, par Prunier. (*Thèse de Lyon.*) — Deux cas de trépanation pour épilepsie traumatique, par Freemann. (*Med. Record*, 3 août.) — Un cas de traitement chirurgical de l'épilepsie corticale, par A. W. Minine. (*Vratch*, 13 avril.)

Epithélium. — Sur la résorption angio-plastique de l'épithélium cutané, par Audry. (*Ann. de dermat.*, VI, 6.)

Epitheliome. — 2 cas d'épitheliome sébacé primitif, par Bérard. (*Rev. de chir.*, août.)

Erysipèle. — Pathogénie de l'érysipèle à répétition, par Vasfi. (*Thèse de Lyon.*) — Accidents nerveux de l'érysipèle, par Crochet. (*Thèse de Paris*). — Immunisation des lapins et traitement de l'érysipèle, par Gromakowsky. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — Traitement de l'érysipèle, par Carl Engel. (*Med. Record*, 6 juillet.)

Erythème. — Placards pigmentés indélébiles consécutifs à un érythème antipyrine récidivant sur places, par Morel-Lavallée. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Erythèmes infectieux et érythèmes toxiques, par Greffier. (*Dauph. méd.*, 1er juin.) — Erythème récidivant, par Besnier et Hallopeau. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 juillet.) — De l'érythème noueux, par Lévy. (*Thèse de Paris.*) — Erythème pellagroïde, par W. Dubreuilh. (*Journ méd. Bord.*, 9 juin.)

Estomac. — Sur le développement des cellules mucipares du tube gastroentérique, par Sacerdotti. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Estomac isolé, par Frémont. (*Gaz. des hôp.*, 16 mai.) — De la formation des toxines stomacales, par Benech. (*Sém. méd.*, 14 août.) — Appareil pour obtenir les tracés des fonctions motrices de l'estomac, par Henneter. (*N.-York med. j.*, 22 juin.) — Aspect moderne de l'indicanurie, rapport entre l'indican et l'acidité du suc gastrique, par Simon. (*Americ. j. of med. sc.*, juil.) Influence de l'âge et de la vie sexuelle sur la rapidité de l'absorption de quelques substances médicamenteuses dans l'estomac de la femme saine, par W.-P. Demidowitch. (*Ibid.*) — Péristaltisme stomacal visible chez l'homme, par Matton. (*Sem. méd.*, 21 août.) — Contribution à la méthodique de la déter-

mination de l'acide chlorhydrique, par Schüle. (*Münch. med. Woch.*, 9, p. 195.) — Valeur clinique de l'analyse chimique du suc gastrique, par Becker. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 mai.) — L'hyperchlorydrie essentielle, par Godart-Danhieux. (*La policl. Bruxelles*, 1er mai.) — Etude clinique sur des cas d'absence persistante de la fonction secrétoire gastrique, par Stewart. (*Med. Record*, 10 août.) — Du diagnostic précoce des maladies de l'estomac, par Manges. (*Ibid.*, 27 avril.) — Estimation quantitative du glycogène, sa valeur diagnostique dans certaines maladies de l'estomac, par Friedenwald. (*Med. news*, 22 juin.) — Valeur des méthodes modernes de diagnostic des maladies de l'estomac, par Manges. (*Med. Record*, 2 fév.) — Du diagnostic des affections chroniques de l'estomac, par Beck. (*Ibid.*, 1er juin.) — Démonstration de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement des maladies de l'estomac et des intestins : le gyromèle, le mètre moteur gastrique, la douche stomacale filiforme, le nébuliseur, le filtre tube stomacal, la bavette-sac en caoutchouc, par Fenton Turck. (*Americ. med. Bull.*, 1er juillet.) — Rapport entre les maladies de l'estomac et celles des autres organes, par Gross. (*N.-York med. j.*, 4 mai.) — De la stase gastrique, par Soupault. (*Rev. de thér.*, 15 juin.) — Idem, par Puech. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de gastrite grave, par Rosenheim. (*Berl. klin. Woch.*, 13 août 1894.) — De la gastrite chronique et de son traitement, par Chapman. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 20 avril.) — Les hémorragies stomacales infectieuses d'origine angiocholitique, par Rondot. (*Sem. méd.*, 14 août.) — Sur un cas d'asystolie aiguë d'origine gastrique, par Hayem. (*Méd. mod.*, 13 juillet.) — Hématémèse abondante sans ulcère proprement dit, par Ferrand. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 avril.) — Etiologie de l'ulcère de 'estomac, par Du Mesnil de Rochemont. (*Münch. med. Woch.*, p. 1007), — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, par Hayem. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 avril.) — Ulcères traumatiques de l'estomac, par Richardière. (*Union méd.*, 20 avril.) — Du péristaltisme stomacal dans les sténoses rapides du pylore, par Bigaignon. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Cancer du foie et de l'estomac, par Deroye. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — 3 autopsies curieuses de cancer de l'estomac, par Felty. (*Med. news*, 18 mai.) — Cancer gastrique et acide lactique, par Pétouraud. (*Thèse de Lyon.*) — Pièces diverses d'ulcère rond, de cancer, de polype et de tuberculose de l'estomac, par R. Virchow. (*Berl. klin. Woch.*, 18 fév.) — Des effets thérapeutiques de l'injection de morphine faite avant le repas dans certaines formes de vomissements dus à un cancer de l'estomac, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 22 mai.) — Traitement hydropathique de quelques affections de l'estomac, par Wendriner. (*Blatter f. Hyd.*, 1.) — De l'usage du tube stomacal dans le traitement des affections gastriques, par Carter. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 juin.) — A propos des inconvénients de la médication alcaline, par Ferrand. (*Soc. med. des hôp.*, 29 mars.) — Traitement de l'intolérance stomacale par la diète absolue et les lavements alimentaires, par Vicente. (*Gaz. des hôp.*, 3 sept.) — Traitement de l'atonie de l'estomac, par Godart-Danhieux. (*La policl.*, *Bruxelles*, 1er juin.) — Traitement de la gastrite glandulaire chronique, par Turck. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — Traitement des deuxième et troisième stades de la gastrite glandulaire chronique, par Turck. (*Ibid.*, 15 juin.) — Traitement de la dyspepsie causée par une gastrique chronique, par A. Robin. (*Bull. gén. de thérap.*, CXXVIII, p. 459.) — Observation d'opérations sur l'estomac, par Allingham. (*Lancet*, 18 mai.) — Isolement de l'estomac d'avec l'œsophage et l'intestin, par Frémont. (*Bull. méd.*, 15 mai.) — Traitement chirurgical des affections de l'estomac, par Rosenheim. Discussion par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 fév.) — Dilatation mécanique du pylore et grattage des ulcères de l'estomac, par A.-G. Podrez. (*Vratch*, 23 fév.) — Des fistules stomacales, par

Fischer. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — Ulcère de l'estomac perforé, laparotomie, mort, par Steele. (*Lancet*, 3 ooût.) — Brulures des voies digestives supérieure par l'acide azotique, perforation de l'estomac, par Jacquemet. (*Marseille méd.*, 15 mai.) — Ulcère de l'estomac perforé, laparotomie, gastrostomie, guérison, par Paul. (*Lancet*, 6 juillet.) — 2 cas de perforation d'ulcère de l'estomac, opération, par Pollard. (*Brit. med. j.*, 6 juillet.) — Perforation de l'estomac au niveau d'un ancien ulcère, péritonite suraiguë, laparotomie, mort, par Sourdille. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Traitement de la péritonite par perforation de l'ulcère rond de l'estomac, par Schuchardt. (*Arch. f. klin. Chir.*, L. 3.) — De la gastro-anastomose dans la dilatation de l'estomac en sablier, par Wœlfler. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII; 1.) — Un cas de gastro-entérostomie, par Thévenon et Arène. (*Loire méd.*, 15 août.) — Gastro-entérostomie, perforation de l'estomac, perforation intestinale, obstruction intestinale et des enseignements que comportent ces phénomènes, par H. Reed. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 27 avril.) — Fonction de l'estomac chez un malade atteint de cancer du pylore et gastro-entérostomie, par Debove. (*Bull. Ac. méd.*, 6 août.) — Amélioration des fonctions motrices de l'estomac, par Th. Rosenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 déc. 1894.) — Mécanisme du reflux de la bile dans l'estomac et de l'accumulation des matières dans le bout supérieur de l'intestin après les gastro-entérostomies, par Villard. (*Lyon méd.*, 14 juillet.) — Un cas de gastro-duodénostomie, par Tixier. (*Ibid.*, 28 avril.) — Modification de la pyloroplastie, par Robson. (*Brit. med. j.*, 20 juillet.) — Cancer colloïde du pylore, résection stomacale, récidive, généralisation au péritoine et aux ovaires, par Levi et Claude. (*Soc anat.*, *Paris*, 17 mai.)

Exanthèmes. — Exanthèmes iodoformiques rares, par Etienne et Pillon. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.) — Les exanthèmes mercuriels, hémorragies cutanées et oculaires, par Guibert. (*Soc. franc. d'oph.*, 6 mai.) — Eruption d'antipyrine, par Gastou. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 août.) — Eruption circinée chronique de la main, par Dubreuilh. (*Ibid.*, 19 avril.) — Eruptions iodiques, par du Castel. (*Journ. des Prat.*, 22, 337.) — Des manifestations cutanées de l'intolérance iodique, par Trouchaud. (*Thèse de Paris*). — Eruption vésiculo-pastuleuse provoquée par l'iodure de sodium, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — Un cas de dégénérescence exanthémateuse, par Berdal. (*Thèse de Paris.*)

Expectoration. — Traitement de l'expectoration fétide par les vapeurs de goudron créosoté, par Chaplin. (*Brit. med. j.*, 22 juin.)

F

Face. — Les paralysies faciales otitiques, variétés et traitement chirurgical, par Chipault et Daleine. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Ferment.— Les préparations de ferments digestifs, par Smith. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — Remarques sur ma communication concernant l'action des ferments protéolytiques sur la cellule vivante, par Claudio Fermi. (*Cent. f. Phys.*, IX p. 49.) — Du ferment hémodiastasique, par Castellino et Pa-

RACCA. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Solubilité relative des ferments solubles dans l'alcool, par DASTRE. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — Résistance de la propriété diastasique de l'invertine à l'action destructive de la chaleur, par ROUSSY. (*Ibid.*, 25 mai.) — Sur la maltase et la fermentation alcoolique du maltose, par BOURQUELOT. (*Ibid.*, 29 juin.) — L'action du sérum sanguin et de l'urine sur le tréhalose, par BOURQUELOT et GLEY. (*Ibid.*) — Arrêt de la fermentation alcoolique sous l'influence de substances secrétées par une moisissure, par BOURQUELOT et HERISSEY. (*Ibid.*, 27 juil.)

Fièvre. — De la rétention aqueuse dans la fièvre, par RIVA-ROCCI et CAVALLERO. (*Deut. med. Woch.*, 15 août.) — De l'adynamie dans les pyrexies infectieuses et de son traitement, par LIEGEOIS. (*Journ. des Prat.*, 21, p. 324.) — Sur la production de la fièvre chez les animaux, par L. KREHL. (*Arch. für. exp. Path. u. Pharm.* XXXV, p. 223.) — De la fièvre aphteuse chez l'homme, par SIEGEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 mars.) — Sur la fièvre bilieuse hématurique, par YERSIN. (*Soc. de biol.*, 8 juin.) — Contribution à la fièvre bilieuse hématurique, par NEPVEU. (*Marseille méd.*, 1er juil.) — Un cas de fièvre bilieuse hématurique, par MACLAUD. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Fièvre jaune. — Quelques faits cliniques sur la fièvre jaune, par STUBBERT. (*Med. Record*, 25 mai.) — Traitement de la fièvre jaune, par MORIN. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Recherches originales sur l'histoire naturelle (symptômes et pathologie) de la fièvre jaune (1854-1894), par Joseph JONES. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 déc. 1894 et suiv.)

Fistule. — Fistule lymphatique consécutive à l'ablation de ganglions tuberculeux, par JORDAN. (*Brit. med. j.*, 22 juin.) — Fistule vésico-vaginale incurable, traitement par la cystotomie sus-pubienne, par EMMET. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — De la guérison des fistules vésico-vaginales d'après le procédé de Freund, par v. ROSTHORN. (*Prager med. Woch.*, 21.) — Guérison spontanée d'une fistule vésico-vagino-utérine, par SCHULTZE. (*Cent. f. Gynaek.*, 6 juil.) — Etude sur les fistules uretéro-vaginales, par TUFFIER et LEVI. (*Ann. de Gyn.*, mai.) — Traitement des fistules vésico-utéro-vaginales, par LANELONGUE et FAGUET. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Traitement des fistules recto-vaginales, par BILBILIS. (*Thèse de Paris.*) — Nouveau procédé opératoire pour supprimer les fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact, par SEGOND. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 168 et *Ann. de gynéc.*, juil.) — Deux cas de fistule stercorale traités par la résection de l'intestin, par PAGE. (*Lancet*, 8 juin.)

Foie. — Rapports entre le volume du foie et la longueur de l'intestin, par FRAPPAZ. (*Thèse de Lyon.*) — De l'application de la méthode de Golgi-Cajal à l'étude du foie, par HANOT et LÉVI. (*Soc. de Biol.*, 20 juil.) — Sur les substances hydrocarbonées du foie, par KULZ et J. VOGEL. (*Centr. f. med. Wiss.*, p. 769.) — Sur la température du foie, par E. CAVAZZANI. (*Arch. ital. de Biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur la température du parenchyme hépatique et du sang durant la circulation artificielle dans le foie, par LE MÊME. (*Ibid.*) — Sur les modifications de l'aspect physique et des rapports du foie cadavérique par les injections aqueuses dans les veines de cet organe, par GLÉNARD et SIRAUD. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Sur l'hyperplasie des cellules hépatiques, par MANICATIDE. (*Mercredi méd.*, 5 juin.) — Névrite périphérique dans l'ictère catarrhal, par PORTE. (*Dauphiné méd.*, 1er juil.) — Un cas d'ictère infectieux léger, par BANTI. (*Deut. med. Woch.*, 1er août.) — Ictère mortel, symptômes cérébraux, par SNELL. (*Lancet*, 24 août.) — Grippe et ictère, congestion hépatique d'origine infectieuse au cours d'une

affection cardiaque ancienne, par Rendu. (*Sem. méd.*, 19 juin.) — Ictère grave chez un nouveau-né atteint de syphilis hépatique paraissant dû au proteus vulgaris, par Bar et Rénon. (*Soc. de biol.*, 18 mai.) — Colique hépatique, paralysie de l'intestin, vomissements fécaloïdes, phénomènes d'obstruction sans obstacle mécanique au cours des matières, par Siredey. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mars.) — Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive, par Watin. (*Thèse de Paris.*) — De l'asystolie hépatique, par Oppenot. (*Ibid.*) — Des abcès du foie à pus stérile, par Cotta. (*Ibid.*) — De l'absence de microbes dans les abcès du foie, par Debray. (*Ibid.*) — Abcès aréolaire du foie ayant simulé une ulcération de l'estomac, par Texier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mai.) — Un cas d'abcès intra et périhépatique, par Monnier. (*Sem. méd.*, 14 août.) — Les hépatites en Egypte, par Kartulis. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 824.) — Atrophie jaune aiguë du foie suite de grippe, par Cirelli. (*Morgagni*, juin.) — Note préliminaire sur la genèse de l'atrophie jaune aiguë du foie, par Alexandre Favre. (*Arch. f. patholog. Anat.*, CXXXVIII, 3.) — Foie clouté simulant une vésicule biliaire volumineuse, par Léon Texier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mars.) — Diagnostic clinique et différentiel des cirrhoses du foie, par Edwards. (*Journ. Americ. med. Assoc.*, 15 juin.) — Un cas de cirrhose hypertrophique avec ictère, par Williams. (*Ibid.*, 15 juin.) — Quelques données sur la question de l'étiologie des cirrhoses du foie, par Kabanoff. (*Arch. génér. de méd.*, fév.) — Cirrhose alcoolique, varices lymphatiques cutanées abdominales, par Hanot. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 fév.) — Cirrhose pigmentaire hypertrophique, avec diabète sucré, par Auscher. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.) — Cirrhose alcoolique hématémèse successivement noire et rouge, mort par rupture de varice œsophagienne, péritonite chronique, plaques laiteuses du péricarde, par Hanot. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 juin.) — Causes des œdèmes préascitiques dans l'hépatite interstitielle atrophique, par Vanni. (*Morgagni*, mai.) — Des cirrhoses atrophiques et hypertrophiques du foie, par Senator. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Des cirrhoses pigmentaires, par Acard. (*Thèse de Paris.*) — De la curabilité de l'ascite au cours de la cirrhose atrophique, par Motin. (*Ibid.*) — Sur les adénomes du foie, par R.-M. Witwitzki. (*Vratch*, 8 juin.) — Sur un cancer du foie, par Ch.-F. Bonnevie. (*Norsk Magaz.*, fév.) — Plaies du foie par arme, recherches infructueuses du projectile, hémostase par sutures hépatiques profondes au catgut. Guérison, par Schlalter. (*Cor. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 25 fév.) — De la rupture du foie, par Wherry. (*Clin. Sketches*, juillet.) — De l'hépatopexie, par Couturier. (*Thèse de Bordeaux.*) — Observations de chirurgie du foie et des voies biliaires, par Malcolm. (*Lancet*, 15 juin.)

Fracture. — Atlas et précis des fractures et luxations traumatiques, par O. Helferich. (*Munich.*) — Des lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule, par Barret. (*Thèse de Paris.*) — Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, par Tillaux. (*Prog. méd.*, 25 mai.) — Fracture compliquée de l'olécrane, suture osseuse conservation, de tous les mouvements, par Adenot. (*Lyon méd.*, 11 août.) — Sur les troubles fonctionnels et trophiques consécutifs aux fractures du radius, par Jourdan. (*Thèse de Paris.*) — Considérations sur les fractures du col du fémur chez les adultes, par Legrain. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — A propos de trois cas de fracture du col du fémur, par O.-E. Hagen-Torn. (*Vratch*, 8 juin. — Sur le mécanisme de la fracture transversale de la rotule, par Bahr. (*Münch. med. Woch.*, 3, p. 50.) — Traitement de la fracture de la rotule, par Schumpert. (*Med. Record*, 13 juillet.) — Traitement des fractures de la rotule, par Baehr. (*Cent. f. Chir.*, 8 juin.) — Fracture transversale de la rotule traitée par les griffes de Malgaigne, par Ch. Bonvin. (*Rev. méd.*

Suisse rom., XV, 1, p. 47.) — Mort subite dans un cas de fracture de la rotule. Dangers du massage, par CERNÉ. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Un cas de fracture par compression du condyle externe du tibia, par GURAU. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.) — Névrite périphérique consécutive à une fracture compliquée de jambe, par CATRIN. (*Soc. méd. des. hôp.*, 4 mai.) — Des fractures malléolaires et de leurs complications, par COLOMBEL et DETTLING. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Des appareils pour fractures des membres inférieurs, permettant la marche, par KORSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 mars.) — Remarques sur le précédent travail, par W. LIERMANN. (*Ibid.*, 20 mai.) — Traitement des difformités consécutives aux fractures du corps des os, par MANLEY. (*Americ. med. Bull.*, 15 juin.) — Traitement des fractures par DEANESLY. (*Brit. med. j.*, 15 juin.) — Traitement des fractures, par BEDDOE. (*Lancet.*, 1er juin.)

G

Gangrène. — Sur la gangrène symétrique, étiologie et pathogénie, par DEFRANCE. (*Thèse de Paris.*) — Gangrène pulmonaire succédant à la gangrène symétrique des extrémités, par DIDIER. (*Normandie méd.*, 1er août.) — Un cas de gangrène symétrique des extrémités (maladie de Raynaud) au cours d'un érysipèle, par ANGELESCO. (*Ann. de méd.*, 23, p. 177.) — Gangrène gazeuse, produite par le vibrion septique, par MENEREUL. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — De la gangrène phéniquée, par AIMÉE. (*Thèse de Paris.*)

Génitaux (Org.) — Anatomie pathologique des glandes de Bartholin, par KLEINWAECHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 2.) — Etude bactériologique et anatomo-pathologique de la bartholinite, par LEBLANC. (*Thèse de Paris.*) — Lymphangite gangreneuse du fourreau de la verge, par A. POUSSON. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — Pénis double en apparence, par LANNELONGUE. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Malformation des organes génitaux, par SHŒMAKER. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Histoire de la circoncision, étude critique du manuel opératoire des musulmans et des israélites, par JOLY. (*Thèse de Paris.*) — Un cas d'étranglement du pénis, par A.-Th. BURGSDORFF. (*Vratch*, 25 mai.) — Epithélioma du pénis, émasculation, par PÉTOURAUD. (*Lyon méd.*, 25 août.) — Histologie de l'organe érectile sexuel de la femelle du rat blanc, par CANNIEU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — De l'effet de l'insuffisance d'alimentation animale dans la production des maladies des organes génitaux de la femme, par BRAITHWAITE. (*Practitioner*, mai.) — De l'hydrocèle de la femme, par LAPEYRE. (*Gaz. des hôp.*, 25 mai.) — Sur un cas de thrombus de la vulve, par SABADINI. (*Bull. méd. Algérie*, 10 mars.) — Occlusion congénitale de la vulve, par F. H¨E. (*Normandie méd.*, 1er avril.) — Chutes à califourchon chez la femme, hématomes et déchirures vulvaires, par TUFFIER et LEVI. (*Semaine méd.*, 26 juin.) — Quelques mots sur le diagnostic, la pathogénie et le traitement des prolapsus génitaux, par DUPLAY. (*Union méd.*, 1er juin.)

Géographie médicale. — Fièvres rémittentes observées dans le Mékong en 1893-94, par DE BIRAN. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Topographie médicale de Majunga, par QUENNEC. (*Ibid.*, nov.)

Glande. — Sur les cellules en panier de la glande de Harder, par Lacroix. (*Lyon méd.*, 18 août.) — Histologie des glandes unicellulaires, par Kunstler et Gruvel. (*Acad. des sc.*, 22 juill.) — Les glandes et leur définition histologique, par Laguesse. (*Semaine méd.*, 11 mai.)

Glaucome. — Les canaux antérieurs de l'œil et la production artificielle du glaucome, par Knies. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — Glaucome et myopie, par Puech. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — La sclérotomie postérieure et la sclérectomie dans le glaucome, par Parinaud. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Traitement des glaucomes primitifs, par Rochon-Duvignaud. (*Gaz. des hôp.*, 8 juin.)

Goutte. — De l'état actuel de nos connaissances sur la goutte, par Faugères Bishop. (*Med. Record*, 13 avr.) — De la goutte abarticulaire, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 15 mai.) — Sur la goutte atypique, par J. Tyson. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 juin.)

Greffe. — De la transplantation cutanée selon Thiersch, par Jungengel. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 238.) — Le scalp et son traitement par les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch, par Gross. (*Semaine méd.* 15 mai.) — Greffe cutanée sur le globe oculaire pour symblepharon, par Chambers. (*Med. Record*, 20 avr.)

Grippe. — Etude clinique sur la dernière épidémie de grippe qui a sévi à Athènes, par Kanellis. (*Progrès méd.*, 22 juin.)—Etiologie de la grippe, par Trouillet. (*Soc. de biol.*, 13 juill.) — Auto-observation et auto-expérimentation tendant à démontrer la nature et le mode d'action de l'agent pathogène de l'influenza, ainsi qu'à établir un traitement curatif et préventif, par Roussy. (*Rev. de méd.*, août.) — Influence de la grippe sur la tuberculose, par Colonna d'Istria. (*Thèse de Paris.*) — Grippe compliquant le puerpérisme, 16 cas, par Abrahams. (*Americ. j. of obst.*, juin. — Grippe et puerpéralité, par Queirel. (*Ann. de gyn.*, août.) — Grippe et fièvre typhoïde, par Saint-Ange. (*Arch. méd. Toulouse*, 1re août.) — Des encéphalopathies grippales, méningo-encéphalite, congestion, méningisme, par Dauchez et Crognier. (*France méd.*, 31 mai.) — Gripppe et encéphalite, par Pfuhl. (*Deut. med. Woch.*, 18 juill.) — Grippe et encéphalite, par Nauwerck. (*Ibid.*, 20 juin.) — Encéphalopathie grippale, par Cornil. (*Bull. Acad. méd.*, 7 mai.) — Accidents cérébraux graves dans la grippe, guérison, par Delamare. (*Arch. de méd. mil.*, août.) — Un cas d'aphasie post-grippale transitoire, par Dargelos. (*Nouv. Montpellier méd.*, 29, p. 567.) — Grippe avec symptômes méningitiques, par Paviot. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Des psychoses grippales, par Leiser. (*Deut. med. Woch.*, 16 mai.) — Influenza chez les sujets atteints antérieurement de fracture du crane, par Jennings. (*Brit. med. j.*, 8 juin.) — Quelques effets de l'influenza sur le cœur, par Heffron. (*Med. News*, 8 juin.) — Pancardites grippales, par Camescasse. (*Bull. méd.*, 10 avril.) — Influenza de 1895, manifestations cardiaques et pulmonaires, par Warde. (*Lancet*, 11 mai.) — Une série de cas de thromboses des jambes, dans l'influenza, par Goodhart. (*Practitioner*, août.) — Note sur un cas d'infection par le coli bacille au cours de la grippe, par Siredey et Rodin. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 avril.) — Quelques cas de gangrène pulmonaire consécutifs à la grippe, par Laffitte. (*Thèse de Bordeaux.*) — Pneumonie, suite de gripppe, par Rankin. (*Lancet*, 24 août.) — Pyodermite et pneumonie grippale, par Geneix. (*Journ. des Praticiens*, 2, p. 24.) — Gangrène sèche du membre inférieur droit d'origine grippale, par Annequin. (*Dauphiné méd.*, 1er avril.) — Complications oculaires de l'in-

fluenza, par PANAS. (*Journ. des Praticiens*, 16, p. 242.) — Les pyodermites grippales, par LELOIR. (*Bull. Acad. méd.*, 2 avril.) — Cystite grippale chez un enfant de 13 ans. Hématurie grippale chez un enfant de 12 ans, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mars.)

Grossesse. — Diagnostic des premières périodes de la grossesse, par HEGAR. (*Deut. med. Woch.*, 29 août.) — Comment les Chinois prétendent, durant la vie intra-utérine, arriver à reconnaître le sexe du fœtus, par MATIGNON. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Recherche de l'hémoglobine chez la femme enceinte, par BLACHWELL. (*N. York med. j.*, 22 juin.) — Influence de l'infection aspergillaire sur la gestation, par RÉNON. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Pathogénie et diagnostic de l'anémie pernicieuse progressive des femmes enceintes, par PLICOT. (*Thèse de Paris.*) — Ictère grave chez la femme enceinte, par DEMELIN. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Phlegmon du ligament large pendant la grossesse, par OUI. (*Ibid.*, 28 août.) — De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques, par RIVIÈRE. (*Mercredi méd.*, 10 juillet.) — Traitement des femmes enceintes et parturientes atteintes d'affections cardiaques, par PHILLIPS. (*Practitioner*, juin.) — Sur les vomissements incoercibles de la grossesse, par F. A. FAFUIS. (*Vratch*, 25 mai.) — De la kinésithérapie appliquée aux femmes enceintes et aux nourrices, par STAPFER. (*Soc. obst. de France*, 18 avril.) — Un cas de polynévrite gravidique, par STEMBO. (*Deut. med. Woch.*, 18 juillet.) — Grossesse adipeuse, par E. MONOD. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juillet.) — Un cas de grossesse gémellaire avec fœtus macérés, par PECKHAM-MURRAY. (*Med. Record*, 8 juin.) — Grossesse double dans un utérus double, avortements successifs, par GOULLIOUD. (*Lyon méd.*, 23 juin.) — Quelques cas de rétrodéviation de l'utérus gravide dont un cas de grossesse dans une corne incarcérée et un cas compliqué d'nne tumeur de l'ovaire, par BURRAGE. (*Boston med. journ.*, 18 avril.) — Séjour prolongé d'un fœtus entre les membranes de l'œuf traumatiquement rompu et la paroi utérine, par TARNIER. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Kystes dermoïdes et grossesse, par HIRST. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Hystérectomie abdominale dans un cas compliqué de grossesse, par POLLOSSON. (*Lyon méd.*, 12 mai.) — De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes, par ISAAC. (*Thèse de Paris.*) — Myomes utérins et grossesse, par KLEINWAECHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 2.) — Myomectomie dans la grossesse, par LEOPOLD. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Fibromes utérins comme complication de la grossesse et du travail, par ROSENBERG. (*Ibid.*) — Grossesse consécutive à l'ouverture opératoire d'une trompe oblitérée, par MACKENRODT. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 déc. 1894.) — Un cas de grossesse tubaire, par van HOOSEN. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 avril.) — Grossesse extra-utérine, par PINARD. (*Bull. Acad. méd.*, 6 août.) — Grossesse tubaire datant de quatorze mois, fœtus mort à 6 mois, laparotomie, extirpation du sac, guérison, par STIEBER. (*Arch. méd. Toulouse*, 1er fév., et *Arch. de tocol.*, juin.) — Sur la grossesse ectopique, par TUSZKAI. (*Wiener med. Woch.*, 1er juin.) — Curetage dans la grossesse ectopique, par LOEHLEIN. (*Deut. med. Woch.* 6 juin.) — Grossesse extra-utérine datant de trois ans, par CHURCH. (*Lancet*, 11 mai.) — Grossesse tubaire latente chez une femme morte vingt ans plus tard de mélanosarcomatose généralisée ; le squelette fœtal avec le placenta se trouvaient dans la trompe intacte, par EMANUEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 déc. 1894.) — Deux grossesses tubaires opérées avec succès par la laparotomie vaginale, par DÜHRSSEN. (*Ibid.*, 4 mars.) — Grossesse extra-utérine diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme, extraction d'un enfant vivant, suites heureuses pour la mère et l'enfant, par PINARD. (*Annales de gynécologie*, août.)

Gymnastique. — La gymnastique médicale en Suède, par RÉGNIER. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.)

Gynécologie. — Rapport de la policlinique gynécologique universitaire du professeur Amman en 1894, par v. POSCHINGER. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 102.) — Emploi de la pelvimétrie en gynécologie, par DOBBIN. (*Americ. j. of obst.*, août.)

H

Helminthiase. — Notices helminthologiques, par CHOLODKOWSKY. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 1.) — Les entozoaires humains en Tunisie, par F. SONSINO. (*Deut. Viertelj. f. œff. Ges.*, XXVI, p. 673.) — Recherches sur la destruction des vers intestinaux en Finlande, par W.-N. KLIMENKO. (*Vratch*, 23 fév.) — Influence de la température sur les helminthes à l'état parfait, par P. DEMATEIS. (*Giorn. Acad. med. Torino*, 3 et 4, p. 206.) — Sur la pathogénie de l'helminthiasis par ascarides, par PIZZINI. (*Ibid.*, 3 et 4, p. 229.) — Un cas d'émigration de l'ascaride lombricoïde hors de l'intestin, par LÖWY. (*Prager med. Woch.*, 24.) — De la filariose du sang chez les nègres du Congo, par FIRKET. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 6.) — Un cas de filaire du sang avec chylurie guéri par le bleu de méthylène, par FLINT. (*N.-York med. j.*, 15 juin.) — De la pénétration, dans le sang de l'homme, des embryons de l'anguillule stercorale, rapports de la présence de ces embryons dans le sang avec certaines fièvres de pays chauds, par TEISSIER. (*Acad. des sc.*, 15 juillet.) — De la destruction de l'albumine dans l'ankylostomiase, par BOHLAND. (*Münch. med. Woch.*, p. 901, 1894.)

Hémoglobinurie. — Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par HAYEM. (*Gaz. des hôp.*, 13 août.) — De l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, par BRANDT. (*Thèse de Paris.*) — Sur l'hémoglobinurie et les hémoglobinuries brightiques, par BECART. (*Ibid.*) — Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique ou *a frigore*, par LOUMEAU et PEYTOUREAU. (*Progrès méd.*, 1er juin.) — Rôle du système nerveux dans la production de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, par CHAUFFARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 juin.) — Note sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par SIREDEY et GARNIER. (*Ibid.*, 7 juin.) — Hémoglobinurie paroxystique essentielle et hérédosyphilis, par COURTOIS-SUFFIT. (*Journ. de clin. infant.*, 14 mars.) — Un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par CAPORALI. (*Riforma med.*, 20 mars.)

Hémorragie. — Hémorragie secondaire dans un cas de nécrose du fémur, ligature de la fémorale et de l'iliaque externe avec anesthésie cocaïnique, par HARTLEY. (*Lancet*, 22 juin.) — Forme rare d'hémorragie post puerpérale, par LEAHY. (*Ibid.*, 3 août.) — Des hémorragies utérines, par SWITALSKI. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 août.) — L'hémorragie ombilicale chez les nouveau-nés, par NAMMACK. (*Med. Record*, 10 août.) — Rupture spontanée d'un kyste ovarique par torsion du pédicule, hémorragie intra-péritonéale, céliotomie, guérison, par BECKMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 juin.) — De l'abus du seigle ergoté dans les hémorragies, par LIÉGEOIS. (*Journ. des Praticiens*, n° 25, p. 390.) — Traitement des hémorragies graves par les injections salines, par GLENN. (*Royal Acad. med. Ireland*, 29 mars.) — Arthropa-

thies et hématomes diffus chez les hémophiles, par GAYET. (*Gaz. hebd.*) *Paris*, 1er juin.)

Hémorroïdes. — De l'anémie hémorroïdaire, par QUETIN. (*Thèse de Paris.*) — Traitement des hémorroïdes internes, par DAVIS. (*N.-York med. j.*, 15 juin.) — Comment faut-il traiter les hémorroïdes, par RICARD. (*Ann. de méd.*, 21, p. 161.) — Traitement des hémorroïdes internes, par GREEN. (*Americ. med. Bul.*, 15 juillet.) — Traitement chirurgical des hémorroïdes, par TROWBRIDGE. (*Boston med. j.*, 30 mai.) — Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée, par ROSENBAUM. (*Thèse de Paris.*)

Hérédité. — De la dissemblance dans l'hérédité pathologique, par FÉRÉ. (*Soc. de biol.*, 6 juillet.) — L'hérédité et la pathologie générale, par LE GENDRE. (*Gaz. hebd. Paris*, 8 juin.) — Dynamique de l'hérédité, par GASSER. (*Med. Record*, 1er juin.) — Rôle de l'hérédité dans les maladies infectieuses, par P.-W. MODESTOW. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Considérations générales sur l'hérédité hétéromorphe, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Hernie. — De la tuberculose herniaire, par TENDERICH. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.) — Pseudo-kyste sacculaire avec lipome herniaire ; blessure de la veine fémorale, par CHAVANNAZ. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 juin.) — Développement de la sténose intestinale dans l'étranglement herniaire, par MAASS. (*Deut. med. Woch.*, 6 juin.) — Du mécanisme de l'étranglement herniaire dans le contenu de l'anse, par CATHELIN. (*Thèse de Lyon.*) — Hernie et taxis, par GRAY CROLY. (*Dublin Journ.*, juillet.) — Le traitement de la hernie, par HALSTED. (*Americ j. of med. sc.*, juillet.) — Traitement des hernies étranglées, par Ch. VILLEMS. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juin.) — Herniotomie suivant la méthode de Mc Burney, par STOKES. (*Med. Record*, 18 mai.) — Cure radicale de la hernie, par DEAVER. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Traitement des lésions de l'anse intestinale étranglée, par MAIRE. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement des hernies gangrenées par l'enfouissement et l'invagination, par GROLL. (*Thèse de Paris*). — Les suites de la cure radicale des hernies, par KOCHER. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.) — Résultats de la cure radicale des grosses hernies abdominales, par KRAMER. (*Ibid.*) — Sur la cure chirurgicale de la hernie, par DE GARMO. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juillet.) — Sur 260 opérations de hernies faites suivant la méthode de Bassini, par NICOLADONI. (*Wiener med. Presse*, 10 mars.) — Statistique et pronostic de la kélotomie dans les hernies étranglées de l'enfant, par STERN. (*Deut. med. Woch.*, 30 mai.) — Traitement général de l'étranglement intestinal herniaire et de ses complications, par J. VIRE. (*Nouv. Montpellier méd.*, n° 29, p. 576.) — Hernie inguinale propéritonéale, ectopie du testicule, par ADAM. (*Méd. moderne*, 1er juin.) — Sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme particulièrement chez la petite fille, par VASSAL. (*Thèse de Paris.*) — Opération de hernie inguinale congénitale vaginale étranglée, par J.-L. REVERDIN. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 681.) — Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de Bassini, par H. VILLAR. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 avril.) — Hernie inguinale étranglée, rupture de l'intestin, guérison, par E. PATRY. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 1, p. 44.) — De la hernie inguino- et cruro propéritonéale, par BREITER. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 3.) — Cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant quand on se propose de conserver le testicule, par LEVRAT. (*Journ. de clin. infant.*, 13 juin.) — De la cure radicale de la hernie inguinale par les méthodes sanglantes, par AGIER.

(*Thèse de Lyon.*) — Cure radicale de la hernie inguinale chez les petites filles, par Vassal. (*Gaz. hebd. Paris*, 3 août.) — De la hernie crurale, par Ch. de Bersaques. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Hernie crurale étranglée compliquée de gangrène, opération de Murphy, par Villard. (*Lyon méd.*, 14 avril.) — Diagnostic et traitement de la hernie crurale chez la femme, par Berger. (*Bull. méd.*, 29 mai.) — Résultats éloignés de la cure radicale dans la hernie crurale, par Bresset. (*Thèse de Paris.*) — De la hernie enkystée d'Astley Cooper, par Clarac. (*Thèse de Lyon.*) — Rupture spontanée des enveloppes d'une hernie ombilicale, par Pregaldino, (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Les fossettes périduodénales et leur rôle dans la pathogénie des hernies retropéritonéales, par Poisson. (*Thèse de Paris.*) — Hernie épiploïque dans la gaine du grand droit de l'abdomen, simulant un fibrome de la paroi, par Duplay. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — La cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérence intestinale, par Sérullaz. (*Thèse de Lyon.*) — De l'excision de l'orifice dans la cure radicale des hernies de l'ombilic et des hernies de la ligne blanche après laparotomie, par von Brackel. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.)

Herpès. — De la tricophytiase, herpès tonsurant et ses variétés, par Rossi. (*Morgagni*, juillet.) — Trois cas de dermatite herpétiforme due à la grossesse, par Elliot. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Traitement hydrominéral et hygiénique de l'herpétisme, par Lancereaux. (*Méd. moderne*, 24 juillet.)

Histologie. — Nouveau microscope à grand champ de vision pour les explorations méthodiques des grandes surfaces, par Déjerine. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — Nouveaux perfectionnements dans la technique microscopique, par Piffard. (*Med. Record*, 4 mai.) — De la coloration des hématies et des pigments, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XXI, 1.) — Sur les granules graisseux et une nouvelle propriété du tétroxyde d'osmium, par Starke. (*Arch. f. Phys.*, p. 70.) — Fixation des fibres nerveuses par la formaline, par Kischell. (*N.-Nork med. j.*, 20 juillet.)

Hôpital. — Hôpitaux américains, par Breton. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Sur les hôpitaux privés, par Moore. (*Dublin Journ.*, 1er mai.) — L'hôpital de Saint-Josse-Ten-Noode (Bruxelles), par Ch. Gosse. (*Mouvem. hygién.*, XI, 2, p. 49.) — La nouvelle maternité de Saint-Antoine, par Fournier et Renaud. (*Arch. de tocol.*, mai.) — L'hôpital municipal de Chalottenbourg, par Max Edel. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 janv.) — Principes directeurs dans l'installation des hôpitaux ; les réformes nécessaires pour l'avenir, par M. Rubner. (*Leipzig.*) — Recherches bactériologiques sur les poussières des dépôts des hôpitaux, par J.-P. Solowiew. (*Vratch*, 23 mars.)

Hoquet. — Des procédés inhibitoires dans le traitement du hoquet, par Pauzat. (*Journ. des Praticiens*, 16, p. 244.)

Hydatide. — Kystes hydatiques de l'orbite, par Mandour. (*Thèse de Paris.*) — Kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre, par Troquart. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Kyste hydatique du foie, par Piccinino. (*Riv. clin. e terapeutica*, 6, p. 289.) — Kystes hydatiques du foie et du péritoine, par Bonnet. (*Soc. anat. Paris*, 17 mai.) — Note sur un kyste hydatique du côté droit du foie, infecté par les pneumocoques, par Galliard. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 avril.) — De l'énucléation des kystes hydatiques du foie, par Vigneron. (*Thèse de Paris.*) — Des modes d'ouverture spontanée et du

traitement des kystes hydatiques du foie, par ROGER. (*Union méd.*, 25 mai.) Des kystes hydatiques du péritoine, par SOUPAULT. (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet.) — Traitement des hydatides de l'abdomen par évacuation sans drainage, par BOND. (*Brit. med. j.*, 26 janv.) — Kyste hydatique des muscles fessiers, par PÉRAIRE. (*Soc. anat. Paris*, 17 mai.) — Kystes hydatiques du mésocôlon, par LE DAMANY. (*Ibid.*, 3 mai.) — Sur l'échinocoque multiloculaire de la cavité péritonéale, par W.-W. TOKARENKO. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.* — Kyste hydatique de l'ovaire, par DEMONS. (*Sem méd.*, 10 août).

Hygiène. — L'hygiène et l'asepsie à la campagne, par L. REUSS. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXII, p. 289.) — La déclaration des maladies épidémiques à la campagne, par BEDOIN. (*Ibid.*, XXXII, 6, p. 492.) — Prophylaxie des maladies transmissibles, par NETTER. (*Gaz. méd. Paris*, 18 mai.) — Les médecins sanitaires en Angleterre, par KÜRSTEINER. (*Corresp.-Blatt. f. schw. Aerzte*, 1er et 15 fév.) — Compte rendu des travaux du laboratoire de chimie de la direction de police d'Alsace-Lorraine, par AMTHOR. (*Hyg. Rundsch.*, V, 6, p. 277.) — Régime de l'assainissement de Paris consacrée par la loi du 10 juillet 1894, par BRUN. (*Thèse de Paris.*) — L'école d'hygiène publique à Rome, par R. BLASIUS. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXVI, 681.) — Influence de l'hygiène sur la mortalité des maladies contagieuses à Buénos-Ayres, par E.-R. CONI. (*Ann. d'hyg. publ.*, janv.) — Projet d'installation d'étuves de désinfection pour médecins ayant dans leur clientèle des malades infectieux, par GUTTMANN. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1096.) — Diminution de la mortalité viennoise par maladies infectieuses par KAMMERER. (*Ibid.*, IV, 23, p. 1100.) — Résultats de l'enquête de la Société allemande par les affections tropicales, par O. SCHELLONG. (*Ibid.*, IV, 23, p. 1100.) — L'hygiène des expéditions coloniales, par PROUST. (*Progrès méd.*, 18 mai.) — L'anarchisme au point de vue de l'hygiène sociale, par J. CROCQ. (*Mouvem. hygièn.*, XI, 1, p. 9.) — Le village noir actuellement exhibé au Champ-de-Mars, par COLIN. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Les projets d'assainissement de Rouen, par E. VALLIN. (*Rev. d'hyg.*, 1er janvier.) — L'annexion de la banlieue berlinoise à la capitale, au point de vue sanitaire, par BÜSING. (*Hyg. Rundsch.*, V, 2, p. 80.) — L'entraînement physique au point de vue de l'éducation, par BROOKS. (*Boston med. Journ.*, 6 juin.) — Du bicyclisme des femmes, par TOWNSEND. (*Ibid.*, 13 juin.) — De l'habitation humaine et de ses relations avec la prophylaxie et le traitement des maladies, par POORE. (*Practitioner*, mai.) — Conditions des logements ouvriers, par H. STEINACH. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1083.) — Le surpeuplement des logements à Paris, par LAGNEAU. (*Bull. Acad. de méd.*, 26 mars.) — Quelques points relatifs à la stérilisation dans les habitations privées, démonstrations de quelques nouvelles applications aseptiques, par BECK. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 27 juil.) — L'amélioration des resserres d'aliments dans les logements ouvriers, par NUSSBAUM. (*Hyg. Rundsch.*, V, 6, p. 270.) — Surveillance des denrées alimentaires, arrêté concernant le commerce de la chicorée, du cacao, chocolat. (*Mouv. hyg.*, X, p. 523.) — Richesse des huîtres en phosphore et en fer, par CHATIN. (*Bull. Acad. de méd.*, 21 mai.) — Règlement belge du 20 décembre 1894 sur le transport des viandes par chemin de fer. (*Mouv. hyg.*, XI, 1, p. 22.) — Arrêté royal belge du 27 décembre 1894 concernant le commerce de la moutarde. (*Ibid.*, XI, 1, p. 21.) — Arrêté royal belge du 19 février 1895 sur le travail des femmes, enfants et adolescents. (*Ibid.*, XI, p. 125.) — Ce que peut l'école pour combattre la masturbation chez les enfants, par Alexander EDEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Rapport sur l'inspection des femmes publiques à la foire de Nijni-Novgorod en 1894, par M.-M. KHOLEWINSKAIA. (*Vratch*, 20 avril.) — Recherche des spores charbonneuses dans le crin

de cheval et les poils de buffle, par Max GRUBER. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1096.) — De l'éclairage au gaz incandescent, par M. RUBNER. (*Ibid.*, V, 5, p. 193.) — Règlement pour la construction des caveaux dans les cimetières. (*Ibid.*, IV, 24.) — Les sépultures dans les églises, par O. DU MESNIL. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXXII, 5, p. 467.)

Hypnotisme. — Les états médianiques de l'hypnose, par JOIRE. (*Semaine méd.*, 24 juillet.) — De l'hypnotisme, par C. PRENTICE. (*Med. Record*, 4 mai.) — Conférences sur la suggestion thérapeutique, par BERNHEIM. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.) — Hypnotisme et crime, par HUDSON. (*N.-York med. j.*, 11 mai.) — De quelques conditions favorisant l'hypnotisme chez les grenouilles, par GLEY. (*Soc. de biol.*, 6 juillet.) — Deux cas de mort chez des coqs en conséquence du sommeil provoqué, par FÉRÉ. (*Ibid.*) — Les nouveaux hypnotiques, par Paul CHÉRON. (*Union méd.*, 18 mai.) — Traitement de la sclérose, de diverses formes de paralysies et d'autres désordres nerveux par la suggestion, par OSGOOD. (*Boston med. Journ.*, 11 juillet.) — Le traitement psychique de la kleptomanie chez les enfants dégénérés, par BÉRILLON. (*Semaine méd.*, 24 juillet.)

Hystérie. — Des zones hystérogènes et des zones hystéro-classiques, par CLOZIER. (*Gaz. des hôp.*, 1er août.) — Hystérie, manifestations cérébrales, par RICHARDSON. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Personnalité double, rapports avec l'hypnotisme, par MASON. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Le cœur hystérique, par WHITTAKER, (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Hystérie et affections cardiaques, par GIRAUDEAU. (*Semaine méd.*, 26 juin.) — Rapports du rétrécissement mitral et de l'hystérie, par PICOT (*Ibid.*, 17 août.) — Hémianopsie d'origine hystérique chez un trépané atteint de crises épileptiformes, par LANNOIS. (*Ibid.*, 10 août.) — L'amblyopie hystérique et son traitement par l'électricité, par PANSIER. (*N. Montpellier méd.* (suppl.), 3, p. 206.) — Neurasthérie et hystérie, par DONADIEU-LAVIT. (*Ibid.*, IV, 22, p. 425.) — Sur l'association de symptômes neurasthéniques et hystériques, sous forme d'accès, avec remarques sur la névrose des peurs, par LŒWENFELD. (*Münch. med. Woch*, 13, p. 282.) — Tympanisme hystérique chez un enfant de 12 ans, par FAITOUT. (*Journ. de clin. infant.*, 6 juin.) — La délimitation de la neurasthénie, de l'hystérie et de la démence paralytique avec considération spéciale sur les moyens hydrothérapiques, par DONATH. (*Wiener med. Woch.*, 15 juin.) — Trophonévrose cutanée d'origine hystérique, par FRÊCHE. (*Ann. de policl. Bordeaux*, 1er mai.) — Vomissements hystériques d'origine cérébrale, par A. MATHIEU. (*Soc. méd. des hôp.*, 28 juin.) — Troubles trophiques cutanés d'origine hystérique, état mental des vagabonds, par GILLES DE LA TOURETTE. (*Bull. méd.*, 16 juin.) — De la sciatique hystérique, par BÉZIAT. (*Thèse de Paris.*) — Coxalgie hystérique, paralysie infantile et troubles mentaux, par LAROUSSINIE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juillet.) — Paraplégie hystérique, par CARRIÈRE. (*Ibid.*, 16 juin.) — Symptômes médullaires dans l'hystérie, par EICHBERG. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Hystérie chez l'homme, par DANDRIDGE. (*Ibid.*) — Cas rares d'hystérie mâle, par M.-B. BLUMENAU. (*Vratch*, mai.) — De la narcolepsie, par LOCHTCHILOFF. (*Ibid.*, 15 juin.) — Eruption d'origine hystérique, par DUBREUILH. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Forme rare d'hystéro-traumatisme, par MOTY. (*Bull. méd. du Nord*, 9 août.) — Infanticide et hystérie, par CULLERRE. (*Arch. de neurol.*, août.) — Sur les automutilations des hystériques, par KRECKE. (*Münch. med. Woch.*, 4, p. 69.)

I-K

Ichtyose. — Sur les formes atrophiantes de l'ichtyose et leur histologie, par Audry. (*Mercredi méd.*, 15 mai, et *Monats. f. prakt. Dermat.*, XXI, 1.) — Un cas d'ichtyose congénitale, par John Cabot. (*Medical Record*, 6 juill.)

Idiotie. — Influence de l'hérédité sur l'idiotie, par Barr. (*J. of nerv. dis.*, juin.) — Mouvements morbides et automatiques dans l'idiotie et l'imbécillité, par Peterson. (*Americ. med. Bull.*, 15 juill.) — Trois cas de maladie de Friedreich associés à de l'idiotie congénitale, par Nolan. (*Dublin Journ.*, 1er mai.) — Idiotie complète congénitale avec paraplégie compliquée de contracture et déformations des pieds, par Bourneville et Noir. (*Progrès méd.*, 16 mars.) — Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés, par Bourneville et Boyer. (*Arch. de neurol.*, août.) — Traitement opératoire de l'idiotie, par Lanphear. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 18 et 25 mai.)

Impétigo. — La famille de l'impétigo, par Channier. (*Médecine infant.*, 15 mars.)

Inanition. — Le cours de l'inanition chez les animaux à sang froid, par Manca. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur la métamorphose chez les animaux soumis au jeûne puis nourris, par J. A. Pachoutine. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Infection. — Recherches sur l'infection par les microbes pyogènes. Examen du sang chez les malades vivants, par J. Petruschky. (*Zeit. f. Hyg.*, XVII, et *Hyg. Rundsch.*, IV, p. 985.) — Infection par microbes pyogènes, septicopyémie, polyarthrite diffuse, par Maragliano. (*Riforma med.*, 21 mars.) — Infection générale secondaire à un panaris malgré l'incision ; hémoptysies ; staphylocoques dans les crachats et le sang, thromboses veineuses et acthrites. Guérison, par Kocher. (*Corresp.-Blætt. f. schweiz. Aerzte*, 1er nov. 1894.) — Infection par le lait, par Boxall. (*Lancet*, 22 juin.) — Eruption scarlatiniforme et purpura hémorragique dans un cas d'infection locale mixte, par Auché et Lœvel. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Infection pyocyanique généralisée chez l'homme, par Monnier. (*Ibid.*, 28 août.) — Sur l'immunité acquise par les maladies infectieuses, par J. Maiselis. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 3.) — Le sérum des animaux à sang froid au point de vue des infections, par C. Terni. (*Deut. Viertelj. f. œff. Gesund.*, XXVI, 652.)

Inflammation. — Sur les conséquences de l'hyperémie; pathologie de l'inflammation et de la suppuration, par Roswell Park. (*Medical Record*, 8 juin.)

Injection. — De la méthode de Brown-Séquard, sa valeur thérapeutique, par Buschan. (45 p., *Leipzig.*) — Des élévations de température produites par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, par Debove et Bruhl. (*Soc.*

méd. des hôp., 22 mars.) — Les effets des injections sous-cutanées chez es enfants tuberculeux, par Hutinel. (*Ibid.*, 15 mars.) — De l'emploi des injections sous-conjonctivales massives, par Wecker. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai, et *Ann. d'ocul.*, juin.) — Injections mercurielles intra-veineuses, par Abadie. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, par Kernig. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.)— Mort subite à la suite d'une injection intra-utérine d'acétate de plomb pour provoquer l'avortement, par Barcus. (*Med. News*, 10 août.)

Insolation. — Etude clinique de l'insolation ou thermoplégie, par Fabricius. (*Med. Record*, 3 août.) — Analyse de 100 cas de coup de soleil et de coup de chaleur survenus à Boston en treize années consécutives, par Withington. (*Boston med. Journ.*, 23 mai.) — Un coup de chaleur dans la mer Rouge, par Vantalon. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Intestin. — Anatomie de l'appendice vermiforme, par Williams. (*Med. News*, 4 mai.) — Note sur les valvules conniventes, par Cannieu. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 avril.) — Sur les diverticules acquis de l'intestin, par Max Edel. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 2.) — La faradisation directe et indirecte du tube digestif chez le chien, le chat, le lapin, par Meltzer. (*N.-York med. j.*, 15 juin.) — De la présence de savons acides dans les fèces, par Zoja. (*Arch. per le sc. med.*, XIX, 1.) — Action des lavements de solutions salines dans l'intestin, par Dauber. (*Deut. med. Woch.*, 22 août.) — Arrêt de développement congénital de l'intestin, par Stowell. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Processus mycologiques de l'intestin, par Harris. (*Journ. of path. and bact.*, III, 3.) — Sur la putréfaction intestinale, par Herter et Smith. (*N.-York med. j.*, 22 juin.) — Sur l'action de la caséine sur la putréfaction intestinale chez l'homme sain, par W. J. Gousaroff. (*Vratch*, 2 mars.) — La constipation, facteur de maladies, par Fred. Thomas. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 juin.) — Sur le traitement non pharmaceutique de la constipation non chronique, par Schreiber. (*Wiener med. Presse*, 26 mai.) — Sur le traitement de la flatulence, par Steph. Mackenzie. (*Practitioner*, juillet.) — Appendice vermiforme exceptionnellement volumineux, cœcum conique recourbé, par Fawcett. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Leçons sur l'appendicite, par Barling. (*Brit. med. j.*, 25 mai.) — Deux cas d'appendicite avec rhumatisme, par Brazil. (*Ibid.*) — De l'inflammation aiguë du cœcum et de l'appendice, par Stoker. (*Ibid.*, 1er juin.) — De l'appendicite, 207 cas, par Murphy. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 23 mars.) — Appendicite compliquée d'abcès aréolaires du foie, par Feltz. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 avril.) — Appendicite et rhumatisme, par Sutherland. (*Lancet*, 24 août.) — Appendicite chez un homme de 72 ans, évacuation du pus par l'abdomen, par Hammond. (*Med. News*, 11 mai.) — Existe-t-il une typhlite stercorale, par Kisch. (*Prager med. Woch.*, 18.) — Complications hépatiques de l'appendicite, par Berthelin. (*Thèse de Paris.*) — Péritonite septique suite d'appendicite aiguë gangreneuse, par Kakels. (*N. York med. j.*, 6 juillet.) — Inversion de l'appendicite vermiforme, par Edebohls. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Sur l'appendice, par Stoker. (*Dublin Journ.*, 1er juin.) — Des abcès sous-phréniques à la suite des suppurations périnéphrétiques et pérityphliques, par Sachs. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.) — Pathologie et traitement de la paratyphlite, par Aufrecht. (*Therap. Monats.*, mai.) — Sur le traitement chirurgical de la pérityphlite, par Haenel. (*Münch. med. Woch.*, 13 et 14, p. 280 et 313.)—Traitement chirurgical des tumeurs de l'appendice iléo-cœcal, par Kœrte. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 5 et 6.) — Rupture du cœcum chez un opéré d'appendicite, par Marin. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Méthode nouvelle d'oblitération des

plaies intestinales, par Faure et Suarez. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Plaie pénétrante de l'abdomen, 14 perforations intestinales par un seul projectile, par Ombrédanne. (*Ibid.*, 7 juin.) — Des diverticules annexés au tube digestif et des accidents qu'ils peuvent produire, par Mauclaire. (*Tribune méd.*, 8 mai.) — Note clinique sur trois cas de suture intestinale par le procédé d'Apolito, par A. d'Ambrosio. (*Riv. clin. e terap.*, 6, p. 295.) — Nouvelle bobine pour anastomose intestinale, par Allingham. (*Lancet*, 31 août.) — Deux cas d'application du bouton de Murphy, par Duchamp. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Analyse des cas opérés par l'anastomose par Murphy. (*Lancet*, 27 avril.) — Sur l'entéro-anastomose latérale à l'aide des tranches de pommes de terre, par W. J. Razoumowski. (*Vratch*, 25 mai.) — De l'entéro-anastomose, par Marwedel. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 3.) — Modification de l'entéroplastie pour le rétrécissement simple de l'intestin, par Robson. (*Lancet*, 3 août.) — Fistule pyo-stercorale complexe, ouverture de la poche, suture latérale, anus contre nature, entérectomie, guérison, par Durand. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 8.) — Rupture complète de l'intestin, laparotomie, mort, par Lambret. (*Bull. méd.*, 10 fév.) — Deux cas d'ulcères du duodénum avec laparotomie, par Sheild. (*Lancet*, 11 mai.) — Entérocèle vaginale, par Boursier. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juillet.) — Entérectomie avec entérorraphie dans un cas d'invagination, guérison, par Debaisieux. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 mars.) — Résection de 186 centimètres d'intestin étranglé par rotation sur son axe dans une éventration, par Hinterstoisser. (*Berl. klin. Woch.*, 22 oct. 1894.) — Kyste intestinal de la région sacrée, par Kuzmik. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.) — Colectomie, par Paul. (*Brit. med. j.*, 25 mai.) — Cancer de l'*S* iliaque, résection, par Sorge. (*Riforma med.*, 2 avril.) — Cancer du côlon simulant un rein flottant, par Morris. (*Lancet*, 27 avril.) — Adénomes multiples du gros intestin, cancer de l'*S* iliaque et du rectum, par Morton. (*Ibid.*, 18 mai.) — Cancer du cœcum traité par l'entéro-anastomose par implantation, par Sargnon. (*Lyon méd.*, 4 août.) — Diagnostic du cancer de l'intestin, par Rubenthaler. (*Thèse de Lyon.*) — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'intestin. Du sarcome primitif de l'intestin grêle, par Brault. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Cancer du cœcum, par Adam. (*Tribune méd.*, 5 juin.) — Tumeur maligne du côlon ascendant, anus contre nature iléo-cœcal, survie pendant cinq ans, par Bérard. (*Lyon méd.*, 28 juillet.) — De l'entérectomie pour carcinome du côlon transverse par la méthode de Maunsell, par W. Rose. (*Practitioner*, août.) — Résection du côlon pour un adéno-carcinome, par Mc Laren. (*N.-York med. j.*, 15 juin.)

Iris. — Démonstration par un nouveau pupillomètre de l'action directe de la lumière sur l'iris, par Henry. (*Acad. des sc.*, 17 juin.) — Iritis d'origine nasale, par Fage. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Du meilleur mode de traitement des hernies de l'iris, par Grandclément. (*Ibid.*) — Iritis aiguë plastique, par Bruns. (*Med. News*, 20 juillet.)

Kyste. — Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts, par de Manny. (*Thèse de Paris.*) — Deux cas de kystes des doigts, par Briggs. (*Boston med. journ.*, 4 juillet.) — Kyste synovial bilobé du poignet, par Barbier. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Kystes poplités par hernie synoviale directe, par Delamarre et Leclerc. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Kyste dermoïde, avec encéphale et œil rudimentaires, expulsé par le rectum pendant l'accouchement, par Van Duyse. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 4.) — Des kystes spermatiques, par Vieusse. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 mars.) — Kystes dermoïdes rétro-rectaux, leur extirpation, par Schulze. (*Deut.

med. Woch., 30 mai.) — Les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal, par Mermet. (*Rev. de chir.*, mai.)

L

Lacrymales (voies). — De la dacryocystite, par Martin. (*Thèse de Paris.*) — Prolapsus traumatique de la glande lacrymale orbitaire, par Haltenhoff. (*Ann. d'ocul.*, mai.) — Fistule unilatérale congénitale du sac lacrymal, par Dunn. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — De l'électrolyse dans le rétrécissement des voies lacrymales, par J. Lagrange. (*Bull. méd.*, 7 mai.) — Le fluorol, son emploi dans la dacryocystite, par Duclos. (*Arch. clin. Bordeaux*, juin.)

Lait. — Sur les causes de la coloration et de la coagulation du lait par la chaleur, formation d'acide formique aux dépens de la lactose, par Cazeneuve et Haddon. (*Lyon méd.*, 14 juillet, et *Acad. des sc.*, 10 juin.) — La minéralisation du lait, par Gaube. (*Soc. de Biol.*, 29 juin.) — Sur le phosphate de chaux du lait, par L. Vaudin. (*Bull. méd.*, 1er mai.) — Sur la digestibilité du lait stérilisé, par Duclaux. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 5.) — Les dangers du lait et les moyens d'y remédier par la stérilisation, par Lyon. (*Gaz. hebd., Paris*, 22 juin.) — Perfectionnement de l'alimentation infantile, spécialement au point de vue du lait, par Taylor. (*Med. News*, 25 mai.) — Bactériologie du lait de St-Pétersbourg, par M. P. Zakharbekoff. (*Vratch*, 30 mars.) — Sur la sécrétion lactée chez la femme, par A. Johannessen. (*Norsk Magaz.*, janvier.)

Langue. — Glossite chronique par Ducastel. (*Soc. franç. de derm.*, 13 juin.) — Hémiatrophie de la langue par névrite traumatique, par P. Londe. (*Ann. de méd.*, 28, p. 217.) — Lupus de la langue, par Darier. (*Ann. de dermat.*, VI, 7.) — Tumeur de la base de la langue datant d'une dizaine d'années, chez un homme de 64 ans, par Herzberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 fév.) — Kyste dermoïde de la langue, par Dumstrey. (*Deut. med. Woch.*, 29 août.) — Epithelioma de la langue chez la femme, par Puzey. (*Lancet*, 6 avril.)

Laparotomie. — La laparotomie à St-George's hospital, opérations faites de 1888 à 1894, par Holmel. (*Brit. med. j.*, 6 juillet.) — De la céliotomie postérieure, par Rose. (*Arch. f. klin. Chir.* L, 2.) — Laparotomie pour fibrome et kyste du ligament large, par Radice Almerico. (*Riforma med.*, 86, p. 123.) — Quatre cas de laparotomie, par Mac Murtry. (*J. Americ. med. Ass.*, 6 avril.) — Drainage vaginal dans la laparotomie, par Mallett. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — Traitement consécutif des laparotomies, par Reichel. (*Arch. f. klin. Chir.* L, 2.) — Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires, par Bonavita. (*Thèse de Lyon.*) — Moyen de prévenir la soif après la céliotomie, par Humiston. (*Americ. j. of Obst.*, juillet.)

Larynx. — Recherches expérimentales sur le centre de la phonation, par Brockaert. (*Flandre méd.*, 27 juin.) — La représentation de l'abduction des cordes vocales dans l'écorce cérébrale, par Russell. (*Brit. med. j.*, 24 août.) — Innervation des abducteurs et adducteurs des cordes vocales, par Cagney. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VII, 1 et 2.) — Non-participation de

l'accessoire de Willis à l'innervation des muscles du larynx et aux mouvements des cordes vocales, par Onodi. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 oct. 1894.) — Action des muscles respirateurs et en particulier du diaphragme, par Wilmart. (*La voix*, avril.) — Des vibrations des cordes vocales, par Hodgkinson. (*Brit. med. j.*, 24 août.) — Autoscopie des voies respiratoires, par Kirstein. (*Ther. Monats.*, juillet.)—Laryngoscopie et trachéoscopie directes, par Kirsstein. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 27 avril.) — L'âge et le sexe dans les maladies des voies respiratoires supérieures, par Allen. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Un cas de laryngite aiguë, par Hughes. (*Med. Record*, 27 juillet.) — Pouls paradoxal dans la laryngite aiguë, par Brockbank. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — Etiologie de la laryngite catarrhale chronique, par Hubbard. (*N. York med. j.*, 10 août.) — De la laryngite sèche, par Molinié. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Laryngite nodulaire des enfants, par Moure. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Identité pathologique probable des diverses formes d'inflammation septiques de la gorge, décrites jusqu'ici comme œdème aigu du larynx, laryngite œdémateuse, érysipèle du larynx, phlegmon du pharynx et angine de Ludwig, par Semon. (*Royal med. Soc.* 23 avril.) — Phlegmon sus-hyoïdien, chez l'enfant, par Broussolle. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Des manifestations laryngées au cours de la stomatite impétigineuse, par Rocaz. (*Sem. méd.*, 28 août.) — Périchondrite laryngée, par Ambler. (*N. York med. j.*, 4 mai.) — Quelques mots sur la cordite vocale hypertrophique inférieure, par Baurowicz. (*Wiener med. Woch.*, 11 mai.) — Sur l'importance de l'administration de l'iodure de potassium dans les affections laryngées de diagnostic douteux, par Rice. (*Med. Record*, 6 juillet.) — Efficacité rapide de l'injection de calomel dans la laryngite tertiaire, par Mendel. (*Soc. franc. de derm.*, 13 juin.) — De la laryngite tertiaire traitée par les eaux de Bagnères-de-Luchon, par Audubert. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 avril.) — Hémorragie laryngée simulant des hémoptysies, par Ferras. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — La tuberculose des voies aériennes supérieures, discussion. (*Americ. laryng. Ass.*, 18 juin.) — Ulcérations tuberculeuses du larynx, chez un instituteur, guéries par injections de menthol, pas de récidive huit ans plus tard, par A. Rosenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 fév.) — Traitement de la laryngite tuberculeuse par les frictions de créoline, par Schadewald. (*Ibid.*, 3 déc. 1894.) — Parachlorophénol dans le traitement de la tuberculose laryngée et comme agent de désinfection, par A. E. Spengler. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Traitement de la tuberculose laryngée, par Levy. (*N. York med. j.*, 20 juillet.) — Laryngite striduleuse avec aphonie persistante, par Virey. (*Journ. de clin. inf.*, 21 fév.) — Affections réflexes, fonctionnelles ou hystériques du larynx, par Thrasher. (*Americ. j. of Obst.*, mai.) — Contractions rythmiques du voile du palais et adduction des cordes vocales par toux hystérique, par Rosenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 déc. 1894.) — Des troubles neuro-moteurs du larynx, par Raugé. (*Revue de laryng.*, 15 mai.) — Sur les troubles de coordination du larynx, par Scheier. (*Wiener med. Presse*, 9 juin.) — Paralysie des abducteurs bilatérale de cause douteuse, goitre kystique et dyspnée, ablation du goitre, amélioration, par Bowlby. (*London lar. soc.*, 12 déc. 1894.) — Deux cas de paralysie du récurrent, par Treitel. (*Deut. med. Woch.*, 16 mai.) — Paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, chez un tabétique, asphyxie, trachéotomie, guérison, par Hawkins. (*Lancet*, 1er juin.) — Paralysie du récurrent chez un ataxique, due à un anévrisme aortique reconnu à l'autopsie, par Grabow. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 nov. 1894.) — Paralysie de la corde vocale gauche par tumeur intrathoracique, par Schadewald. (*Ibid.*, 3 déc. 1894.) — Paralysie des muscles adducteurs de la corde vocale gauche, en opposition avec la loi de Semon, névralgie du plexus cervical en rapport avec des cicatrices

anciennes de la région et consécutives à une angine infectieuse, par Augiéras. (*Rev. int. de rhinol.*, V, 12.) — Paralysie isolée du muscle crico-aryténoïdien latéral gauche, consécutive à l'influenza, par Onodi. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Un cas de spasme atypique de la glotte, par Priester. (*Wiener med. Woch.*, 13 juillet.) — Diagnostic précoce de l'ataxie locomotrice, par le laryngoscope, par Kronenberg et Rosenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 nov. 1894.) — Des tumeurs bénignes sous glottiques, un cas de fibro-myxome, par Ferreri. (*Arch. ital. di Otol.*, III, 2.) — Lipome du larynx, par Farlow. (*Americ. laryng. Ass.*, 18 juin.) — Nodules vocaux chez les chanteurs, par Poyet. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Un cas de kyste de l'épiglotte, par Noquet. (*Ibid.*, 1er août.) — Sur les angiomes du larynx, par A. A. Maximow. (*Vratch*, 8 juin.) — Traitement médical du cancer du larynx, par Vansant. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 avril.) — Symptômes précoces et diagnostic du cancer du larynx, par W. Jones. (*Ibid.*, 20 avril.) — Thyrotomie pour épithélioma, par Porcher. (*N. York med. j.*, 13 juillet.) — Contribution à la casuistique des fractures du larynx, par Joél. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 287.) — Recherches sur l'action de la vapeur d'eau dans le traitement du croup et de la laryngite suffocante, par Variot. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 juin.) — Nouveaux instruments simplifiés de tubage laryngé, par Egidi. (*Policlinico*, *Roma*, I, 35.) — Sur un nouveau procédé d'intubation du larynx, modification des tubes, par Tsakiris. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — La thèse de Caron sur l'obstruction du larynx, par Rose. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.) — Prothèse laryngo-pharyngée, par Péan. (*Bull. acad. méd.*, 22 janv.) — Laryngotomie pour tumeur du larynx, par C. Périer. (*Ibid.*, 25 juin.)

Lèpre. — Méthode de diagnostic bactériologique de la lèpre, par Tschernogubow. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 2.) — Diagnostic bactériologique de la lèpre, par Bailly. (*Thèse de Paris.*) — Distribution du bacille de la lèpre dans l'organisme, par Babes et Kalendero. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — De la lèpre en Colombie, par Ashmead. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 avril.) — Observations sur la lèpre, par E. Kaurin. (*Norsk Magaz.*, avril.) — Lèpre nostras, par Lardeux. (*Thèse de Paris.*) — Léprome de la conjonctive bulbaire, par Lagrange. (*Sem. méd.*, 28 août.)

Leucémie. — Pathologie de la leucémie, par Kast. (*Zeit. f. klin. Med.* XXVIII, 1 et 2.)

Lèvre. — Corne de la lèvre inférieure, par Denis. (*Lyon méd.* 25 août.)

Lichen. — Le lichen plan à forme bulbeuse, éosinophilie, nature du lichen, par Leredde. (*Ann. de dermat.*, VI, 7.) — Sur un signe pathognomonique du lichen de Wilson, lichen plan, stries et ponctuations grisâtres, par Wickham. (*Ibid.*, VI, 6.) — Lichen plan atrophique pigmenté, par Gaucher, Barbe et Balli. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 avril.) — Lichen scrofulosorum, par Feulard. (*Ibid.*, 20 avril.) — Lichen scrofulosorum, par Ducastel. (*Ibid.*, 13 juin.)

Locomotion. — De la forme du corps en mouvement, par Richer. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, VIII, 2.) — Physiologie artistique de l'homme en mouvement, par Richer. (in-8°, 340 p. *Paris.*) — La station sur les hanches, par Richer. (*Rev. scientif.*, 27 avril.)

Lupus. — Lupus érythémateux acnéique de forme destructive, par Hallopeau et Guillemot. (*Soc. de dermat.*, 11 juillet.) — Lupus érythémateux

anormal, par Hallopeau et Le Damany. (*Ibid.*, 19 avril.) — Lupus érythémateux chez un sujet tuberculeux, par Danlos. (*Ibid.*, 9 mai.) — Deux cas de lupus érythémateux à localisations anormales, par Hallopeau et Monod. (*Ibid.*) — Traitement radical du lupus, par Coesar. (*Lancet*, 6 avril.) — Traitement des lupus des membres, par le raclage et l'ablation, par Foubard. (*Thèse de Paris.*)

Luxation. — Luxation bilatérale de l'axis en avant par choc direct sur la nuque, par Braquehaye. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — Luxation sous-épineuse compliquée de fracture de la tête humérale, ablation du fragment irréductible, guérison avec conservation presque intégrale des mouvements, par Delorme. (*Bull. soc. de Chir.*, XXI, p. 219.) — Luxation sous-coracoïdienne datant de 45 jours, réduction impossible, arthrotomie, réduction, par Reboul. (*Ibid.*, XXI, p. 181.) — Luxation de l'épaule compliquée de fracture du col anatomique de l'humérus, par Bousquet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mai.) — De la luxation isolée postérieure du cubitus, par R. Minervini. (*Riforma med.*, 95, p. 230.) — Luxation en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus, par Berger. (*Union méd.*, 13 avril.) — Sur une cause d'irréductibilité des anciennes luxations du coude en arrière, par Ollier. (*Lyon méd.*, 14 avril.) — Résection dans les luxations irréductibles du coude, par Ollier. (*Ibid.*, 19 mai.) — De la résection métacarpo-phalangienne dans le traitement des luxations irréductibles ou récidivantes du pouce, par Amet. (*Arch. de méd. mil.*, sept.) — Subluxation congénitale de l'articulation métacarpo-phalangienne, par Scharlam. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 avril.) — Luxation de la jambe en dehors, par Korsch. (*Ibid.*, 11 mars.) — Luxation de l'os sésamoïde externe du gros orteil, par Bugnion. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 582.) — Luxation du carpe en arrière, par Morton. (*Brit. med. j.*, 20 juillet.) — Luxation ovalaire de la hanche droite de cause traumatique, par Sourdille. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Des luxations congénitales de la hanche et de leur traitement, par Coudray. (*Sem. méd.*, 28 août.) — Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, par Heusner. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — Subluxation du genou chez les jeunes enfants, par Robinson. (*Brit. med. j.*, 29 juillet.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par Secchi. (*Morgagni*, juin.) — Traitement de la luxation congénitale de la hanche, par Bradford, Lorenz et Myers. (*Trans. Americ. orthop. Assoc.*, VII, p. 88, 104.) — Luxation congénitale de la hanche gauche, avec paralysie spasmodique du bras gauche, cécité, arrêt intellectuel, par Weigel. (*Ibid.*, p. 125.) — Sur les luxations paralytiques, par Youriew. (*Vratch*, 29 juin.)

Lymphatique. — Recherches sur le sucre et le glycogène de la lymphe, par Dastre. (*Acad. des Sc.*, 17 juin et *Arch. de phys.*, VII, 3.) — Sur les voies lymphatiques du système nerveux central, par d'Abundo. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Influence du sang asphyxique et de quelques poisons sur la contractilité des vaisseaux lymphatiques, par Camus et Gley. (*Acad. des Sc.*, 6 mai.) — Sur le rôle des ganglions lymphatiques dans l'organisme du chien, par N. F. Tchigaieff. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Chirurgie de l'appareil ganglionnaire lymphatique, région inguinale, par Aievoli. (*Morgagni*, juin.) — Adénite génienne, par Sieur. (*Lyon méd.*, 4 août.) — Bubons froids d'origine banale, par J. Brault. (*Ibid.*, 26 mai.) — Traitement des adénites tuberculeuses du cou, par Duhamel. (*Thèse de Paris.*) — Nouveaux traitements des adénites tuberculeuses, par Svynos. (*Ibid.*) — Lymphangiectasies de la muqueuse buccale consécutives à des érysipèles à répétition, par du Castel. (*Soc franç. de dermat.*, 19 avril.) — Lymphangites de la muqueuse buccale, par du Castel. (*Soc. de dermat.*,

11 juillet.) — De l'adéno-lymphocèle, par Bessio. (*Thèse de Paris.*) — Adéno-lymphocèle du cou, par Anger. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 196.) — Rupture des lymphatiques brachiaux, par Niehans. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er oct. 1894.) — Ulcération chancriforme de la joue, lymphadénie cutanée, par Wickham. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Lymphadénome du foie, du cœur et des reins, par Letulle. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Production expérimentale d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé chez un chien, par Delbet. (*Acad. des Sc.*, 17 juin.) — Des rapports entre le lymphosarcome et la tuberculose, par Ricker. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.)

M

Main. — Des déformations de la main dans quelques maladies générales, par Galaine. (*Thèse de Paris.*) — Parakératose généralisée des ongles, par Hallopeau et Le Damany. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — Sur un cas de malformation des doigts et des orteils, par Hallopeau et Monod. (*Ibid.*) — Dystrophie unguéale et pilaire familiale, par Nicolle et Halipré. (*Ibid.*, 11 juillet.) — Pathogénie et traitement des doigts à ressort, par Jeannin. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la flexion congénitale du petit doigt par la résection, par Coudray. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Suites et traitement des plaies des doigts, par Ledderhose. (*S. klin. Vorträge*, n° 121.) — Sur l'arrachement total de la main, par Delorme. (*Gaz. des hôp.*, 30 mai.) — Brachydactylie et polydactylie sur le même membre, par Féré. (*Soc. de biol.*, 1er juin.) — Sur la dissociation des mouvements des doigts, par Féré. (*Ibid.*, 20 juillet.)

Maladie. — Considérations générales sur les maladies progressives, par Hanot. (*Bull. méd.*, 26 juin.) — Des moyens de résistance de l'organisme contre la maladie, par Mc Clintock. (*J. Amer. med. Ass.*, 13 avril.)

Maladies professionnelles. — Tumeurs vésicales chez les ouvriers maniant la fuchsine, par Rehn. (*Arch. f. klin. Chir.*, L., 3.). — Spasme fonctionnel chez un ouvrier limeur, par Montagnon. (*Loire méd.*, 15 juin.) — De l'influence des poussières de fabriques de porcelaine sur la santé des ouvriers, par Lemaistre. (*Bull. méd.*, 24 avril.)

Malformation. — La famille tératoplasique, par Féré. (*Rev. de chir.*, août.) — Malformation congénitale des membres inférieurs (hémitérie), par F. Hue. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Un cas de pseudo-hermaphrodisme, par Arène. (*Loire méd.*, 15 août.) — Malformations fœtales, ectopie du foie, de la vessie, par Bell Todd. (*Lancet*, 20 juillet.) — Absence congénitale des deux tibias, par Waitz. (*Deut. med.*, 20 juin.) — Contribution à la science et à la casuistique des malformations, par Hartmann. (*Münch. med. Woch.*, p. 192.)

Mamelle. — Anatomie pathologique de la glande mammaire, modifications subies par les cellules en panier, par Lacroix. (*Lyon méd.*, 2 juin.) — Mamelle surnuméraire chez l'homme, par Adams. (*Lancet*, 24 août.) — Un cas

rare de polymastie, par Goldberger. (*Arch. f. Gyn.*, XLIX, 3.) — Leçon sur les maladies du sein, par Clark, (*Brit. med. j.*, 13 juillet.) — Galactorrée guérie par des injections d'huile, par Tailhefer. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 mars.) — De l'hypertrophie mammaire dans le cours de la grossesse, par Dubois. (*Thèse de Paris.*) — Mammite d'évolution chez une fille de 15 ans, par Comby. (*Méd. infant.*, 15 mars.) — Sur les tumeurs du sein, par Rodman. (*J. Americ. med. Ass.*, 20 juillet.) — Du diagnostic des tumeurs du sein à propos d'un abcès froid de la région mammaire, par Monnier. (*France méd.*, 2 août.) — De la tuberculose du sein chez la femme, par Reerink. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 1.) — Tuberculose mammaire double, par Walther et Pilliet. (*Soc. anat. Paris*, 19 avril.) — Sarcomes du sein, par Cottin. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Des sarcomes kystiques de la mamelle, par Desgranges. (*Thèse de Paris.*) — Cysto-sarcome hématode du sein, par Mermet. (*Soc. anat. Paris.*, avril, p. 348.) — Remarques sur la pathologie et le traitement du cancer du sein, par Oliver. (*Medicine*, août.) Traitement radical de l'épithéliome du sein; nouveau symptôme de diagnostic précoce, par Mayer. (*Americ med. Bull.*, 1er juin.) — Résultats d'opérations pour cancer du sein, par Jones et Platt. (*Lancet*, 31 août.) — Résultats de l'ablation du cancer du sein, par Rochard. (*Union méd.*, 23 fév.)

Massage. — Un point de l'histoire du massage en Europe, par Forestier. (*Prog. méd.*, 25 mai.) — Effets dynamogéniques du massage abdominal, par D. Romano. (*Thèse de Paris.*) — De la thérapeutique mécanique (massage et gymnastique) au point de vue clinique, par Dolega. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 février.)

Maxillaire. — 37 cas d'hydropisie du sinus maxillaire, par Noltenius. (*Monats. f. Ohrenh.*, avril.) — De la sinusite maxillaire d'origine dentaire, par Dop. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 août.) — Sur quelques complications des empyèmes du sinus maxillaire, par Guichard. (*Rev. de laryng.*, 1er sept.) — Empyème du sinus maxillaire gauche, infection aiguë secondaire des sinus sus-nasaux, accidents méningitiques, mort, par Claoué. (*Ibid.*) — Discussion sur le diagnostic et le traitement de l'empyème du sinus maxillaire, (*London laryng. soc.*, 13 mars.) — Sur un signe précoce de certaines ostéites du maxillaire inférieur se terminant par nécrose, par Vincent. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 8.) — Ankylose de la mâchoire chez un enfant, résection. par Brown. (*Trans. Americ. orthop. ass.*, VII, p. 306.) — De la résection non sanglante du maxillaire supérieur par la constriction temporaire de la carotide isolée, par Senger. (*Deut. med. Woch.*, 30 mai.) — Luxation de la mâchoire inférieure dans une attaque d'épilepsie, par Beadles. (*Lancet*, 20 avril.) — Réduction des luxations du maxillaire inférieur, par Mockett. (*Brit. med. j.*, 15 juin.) — Les effets de la résection des condyles du maxillaire inférieur sur la situation de sa rangée dentaire et la forme du menton, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 11 août.) — Fistule du maxillaire supérieur par dentier simulant une carie avec séquestre, par G. Pfyffer. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er sept.) — Sarcome myélogène de la mâchoire inférieure; résection de la majeure partie du corps maxillaire avec prothèse immédiate, par Schlatter. (*Ibid.*, 25 fév.) — Angiosarcome, endothéliome tubuleux de d'antre d'Highmore, par Van Duyse. (*Ass. soc. méd. Gand*, fév.) — Vaste résection du maxillaire inférieur pour myxofibrosarcome récidivé chez un jeune garçon de 12 ans; application immédiate d'une pièce de prothèse destinée à prendre corps, par Gluck. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1894.) — Cancer épithélial primitif du sinus maxillaire, par Reinhard. (*Ibid.*, 15 oct. 1894.) — Sur un épithélioma kystique adamantin et malpighien du maxillaire inférieur, sa transformation en carcinome, par Tapie. (*Arch. d'élect. méd.*, 15 juillet.)

Médecine (histoire). — Les anciens barbiers-chirurgiens, par Amsler. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er oct. 1894.) — Traité pratique de médecine et de thérapeutique, par Bernheim et Laurent (6 vol. in-8°, *Paris.*) — Le médecin dans la Bible et le Talmud, par Preuss. (*Arch. f. path. Anat.*, CXXXIII, 2.) — La médecine aux croisades, par Corlieu. (*Rev. scientif.*, 1er juin.) — De la méthode dans les sciences médicales, par Simon. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

Médecine légale. — Des coefficients d'identité de la graisse humaine aux divers âges de la vie, spécialement au point de vue médico-légal, par Dayet. (*Thèse de Lyon.*) — Sur les lésions microscopiques du poumon chez les noyés et les pendus, par Nikolski. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Complication de mort par submersion, un morceau de coke engagé dans le larynx, par Evans. (*Lancet*, 24 août.) — De l'infanticide par strangulation, par Philippon (*Thèse de Lyon.*) — Du coït chez les enfants, par W. Stekel. (*Wiener med. Blätt.*, 16.) — De la simulation du bégayement et d'un signe certain pour la déceler, par Coen. (*Ibid.*, 25.) — Sur les blessures simulées dans l'industrie, par Giraud. (*Thèse de Paris.*) — Une cause de mort subite chez les petits enfants (inhibition), par Ch. Vibert. (*Ann. d'hyg. pub.*, janv.) — Rapport médico légal sur un homicide volontaire commis sous l'influence de la lecture de journaux anarchistes (aff. Richard), par Ch. Vallon. (*Ibid.*) janv.) — L'affaire du docteur Laffitte : accusation d'avortement, condamnation contraire aux conclusions de l'expertise, par Ch. Vibert. (*Ibid.*, XXXII, p. 349.) — Considérations médico-légales sur les troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes simulés ou exagérés, par Ch. Legrain. (*Ibid.*, XXXII, p. 304.) — Discussions de la Société de médecine légale sur la valeur, comme signe de strangulation, de l'émergence de la langue. (*Ibid.*, XXXII, p. 548.) — Des conditions de la coagulation ou de la non coagulation du sang épanché. (*Ibid.*, XXXII, p. 547.) — L'examen médico-légal des taches de sang trouvées sur les vêtements de Charles Ford ; plaidoyer en faveur de l'usage de la chambre claire dans l'examen microscopique des taches de sang, par Axtell. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 juillet.) — Nouveau-né n'ayant pas crié malgré la persistance des battements cardiaques ; à l'autopsie : hernie diaphragmatique avec passage de la plus grande partie des intestins dans la cage thoracique et absence presque complète des poumons, par B. Lewy. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars.) — Apoplexie spontanée chez une alcoolique ou, au contraire, hémorragie cérébrale consécutive à des coups ? Rapport médico-légal, par Kob. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, 129.) — Rapport médico-légal sur un aliéné délinquant (mégalomanie, faux et escroqueries), par A. Richter. (*Ibid.*, IX, p. 111.) — Le secret professionnel du médecin en face de l'obligation du témoignage, par Kuhner. (*Ibid.*. IX, p. 139.)

Médecine militaire. — L'état sanitaire des armées française, allemande, autrichienne, belge, espagnole, italienne, par Antony. (*Arch. de méd. mil.*, août.) — Rapport médical d'inspection générale sur le 1er régiment de tirailleurs tonkinois, par Fruitet. (*Arch. de méd. nav.*, mai.) — Notes médicales sur la guerre sino-japonaise, par Delisle. (*Ibid.*, juin.) — Diminution de la mortalité par maladies infectieuses dans les armées européennes, par Kirchenberger (*Hyg. Rundsch.*, IV et 23, p. 1103.) — Le service de santé de l'armée en campagne, par L. Reuss. (*Ann. d'hyg. pub.*, fév.) — De la chirurgie conservatrice sur le champ de bataille, par Senn. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juillet.) — Insuffisance des remèdes antiseptiques dans les postes militaires dépourvus de médecins aux colonies, par Sadoul. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Action du projectile Lee Metford sur les os et les

parties molles (expédition de Chitral), par Jay Gould. (*Brit. med. j.*, 20 juillet.) — *Idem*, par Knaggs. (*Ibid.*) — Effets du projectile du fusil d'ordonnance suisse, modèle 1889 (Rubin), par C. Brunner (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er déc. 1894.) — Des blessures par coup de feu de la partie spongieuse des os longs (fusil russe, modèle 1891), par Byrstroff. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1894.) — Poudre de guerre et balles septiques, par L. Lagarde. (*Med. Record*, 22 juin.) — Accidents dus à une explosion de fulminate de mercure, par Carayon (*Arch. de méd. mil.*, août.) — Observations sur les variations de la taille, du poids, du périmètre thoracique, de la capacité respiratoire et de la force musculaire chez des jeunes soldats examinés tous les quatre mois, par V.-P. Lebedeff. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1894.) — Influence du service militaire sur le développement physique des soldats, par K. A. Henning. (*Ibid.*, 1895.) — Sur la tuberculose dans les troupes, d'après la durée du service et d'après l'arme, par N. M. Georgiewski. (*Vratch*, 15 mars.) — Des maladies vénériennes dans les armées française, russe et anglaise, par Commenge. (*Bull. méd.*, 22 mai) — Les filtres pour armées, par Karlinski et par Kratschmer. (*Hyg. Rundsch.*, IX, 23, p. 1098.) — Sur la sangsue des bois de Cochinchine, par Pineau. (*Arch. de méd. nav.*, mai.)

Médecine opératoire. — De l'opération, par Forgue, (*Arch. de méd. mil.*, sept.)

Mélanose. — Sarcome mélanique pseudo-alvéolaire du pied ; greffe cutanée périphérique ; propagation ganglionnaire, par Mermet. (*Soc. anat. Paris.*, 21 juin.)

Méninge. — De la méningite tuberculeuse, par Grancher. (*Méd. moderne*, 11 mai.) — Méningite tuberculeuse à début anormal chez une fillette de trois mois, par G. Négrié. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mai.) — De la méningite tuberculeuse, par Debove. (*Ann. de méd.*, 24, p. 185.) — Diagnostic de la méningite tuberculeuse, par Dennig. (*Münch. med. Woch.*, p. 983 et 1012, 1894.)—L'intervention chirurgicale comme moyen diagnostique et traitement de la méningite tuberculeuse, par Thiroloix. (*Journ. de clin. inf.*, 30 mai.) — Epidémie de méningite cérébro-spinale, par Vigne. (*Thèse de Paris.*) — Vaste hématome de la dure-mère par lésion de l'artère méningée moyenne. Trépanation. Mort par broncho-pneumonie le 6e jour, par Krönlein. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 fév.)

Menstruation. — Rapports de la menstruation avec les autres fonctions reproductrices, par Johnstone. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Menstruation supplémentaire par la mamelle, par Hancock. (*Med. News*, 11 mai.) — De la menstruation dans les maladies du cœur, par Duroziez. (*France méd.*, 21 juin.) — Des hémorragies stomacales et de leurs rapports avec la menstruation, par L. Kuttner. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 fév.)

Mérycisme. — 2 cas de mérycisme, par Riesman. (*J. of nerv. dis.*, juin.)

Moelle. — Sur la distribution des fibres endogènes dans le cordon postérieur de la moelle et sur la constitution du cordon de Goll, par Dejerine et Sottas. (*Soc. de biol.*, 15 juin.) — Sur l'anatomie de la moelle allongée, du pont et des pédoncules cérébraux, par Bettoni. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Du mode de terminaison du canal central dans le bulbe rachidien, par Staderini (*Monit. zool. ital.*, V, 9.) — Sur un faisceau anormal unilatéral du bulbe, par Zeri. (*Ricerche Laborat. d'anat. Roma*, IV, 8.) — Les fais-

ceaux du cordon postérieur de la moelle, par Gilis. (*N. Montpellier méd.*, IV, 20, p. 325.) — Origine et terminaison des faisceaux médullaires, par Gilis. (*Ibid.*, p. 325.) — Texture des cordons postérieurs de la moelle, par Dejerine et Spiller. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — La structure de la moelle épinière de l'esturgeon, par Pawlowsky. (*Ibid.*, 29 juin.) — Modification de la méthode de Pal pour la coloration de la moelle, par G. Ballet. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 juin.) — Persistance, après l'isolement de la moelle, de modifications apportées dans le fonctionnement de cet organe par un traumatisme expérimental de l'écorce cérébrale, par Tissot et Contejean. (*Soc. de biol.*, 6 juillet.) — La résection intradurale des racines médullaires postérieures, étude physiologique et thérapeutique, par Chipault. (*Gaz. des hôp.*, 15 août.) — Les effets de la résection des racines sensitives de la moelle épinière et leur interprétation, par Paladino. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — L'excitabilité de la zone motrice après la résection des racines spinales postérieures, par Tomasini. (*Ibid.*, XXIII, 1 et 2.) — Modifications produites par l'irritation réflexe dans les cellules ganglionnaires de la moelle, par Rachford. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Anatomie et physiologie du système nerveux (substance grise de la moelle lombaire), par Munzer et Wiener. (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, XXXV, p. 112.) — Diagnostic des lésions de la moelle, par Peterson. (*N.-York med. j.*, 11 mai.) — Sur le rôle de la polyomyélite antérieure et postérieure dans l'affection des neurones médullaires moteurs et sensitifs, par Marinesco. (*Soc. anat. Paris.*, 29 mars.) — Les myélites infectieuses, par Grasset. (*Cong. de méd. — Semaine méd.*, 10 août.) — Myélites dynamiques et myélites organiques, par Glorieux. (*Policl. Bruxelles.*, 1er août.) — Etude de la syringomyélie, par Mueller et Meder. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Sur un cas de syringomyélie à forme acromégalique, par Chantemesse. (*Prog. méd.*, 27 avril.) — Un cas de syringomyélie avec signe d'Argyll Robertson, par Levi et Sauvineau. (*Gaz. des hôp.*, 21 mai.) — Cas de formes atypiques de syringomyélie, par Hatsckek. (*Wiener med. Woch.*, 4 mai.) — Troubles trophiques des extrémités avec syndromes syringomyéliques, par Gastou. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Tétanie et psychose suivies de mort dans un cas de syringomyélie, par Hocchhaus. (*Deut. Zeit f. Nervenh.*, VII, 1 et 2.) — Syringomyélie primitive et secondaire, par Marinesco. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Dissociation dite syringomyélique de la sensibilité dans un cas de pachyméningomyélite par mal de Pott sans cavités médullaires, par Pic et Regaud. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Un cas d'atrophie juvénile d'Erb, par Riolacci. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Étude d'ensemble sur les affections de la queue de cheval, par Raymond. (*Nouv Iconog. de la Salpêtrière*, VIII, 2.) — Ramollissement de la moelle limité aux parties irriguées par le système artériel postérieur, par Williamson (*Lancet*, 31 août.) — Cas atypique de sclérose insulaire, par Diller. (*N.-York med. j.*, 25 mai.) — Sclérose spinale avec symptômes oculaires anormaux, par Chubb. (*Ibid.*, 15 juin.) — Un cas de sclérose en plaques, à forme d'hémiplégie alterne, par Wizel. (*Rev. neurol.*, 15 juin.) — Sclérose latérale amyotrophique chez un homme de 68 ans, par Krauss. (*Med. News*, 20 juillet.) — Sur un cas de dégénérescence ascendante dans les cordons antérieurs et latéraux de la moelle, par Dejerine et Sottas. (*Soc. de biol.*, 8 juin.) — Sur les dégénérescences du système nerveux central secondaires aux lésions spinales, par G.-B. Pellizzi. (*Giorn. Acad. med. di Torino*, 3-4, p. 212.) — Dégénérescence ascendante du faisceau de Burdach et du faisceau cunéiforme, consécutive à l'atrophie d'une racine cervicale postérieure, par Souques. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — La syphilis et le traumatisme dans l'étiologie du tabes, par van Gehuchten. (*Policl. Bruxelles*, 1er juin.) — Les symptômes oculaires de l'ataxie locomotrice, par Bruner. (*Med. News*,

3 août.) — Lésions valvulaires du cœur dans le tabes, par BAILEY (*Journ. of nerv. dis.*, mai.) — Tabes avec athétose post-hémiplégique et iridoplégie réflexe unilatérale, par COLLINS. (*Ibid.*, mai.) — Recherches neurologiques : du tabes, par MOBIUS. (154 p., *Leipzig.*) — Réapparition des réflexes tendineux dans le cours du tabes, par RAICHLINE. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — Ataxie locomotrice, attaque soudaine, symptômes initiaux rares; sclérose postérieure avec marche similaire chez la femme du malade, par PEARCE. (*Journ. of nerv. dis.*, janv.) — Deux crises gastriques dans le tabes, par BOURGUIGNON. (*Thèse de Paris.*) — Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabes, par DU CASTEL. (*Soc. franc. de dermat.*, 9 mai.) — Pseudo-lipomes sur un membre atteint d'arthropathies tabétiques, par A. MATHIEU. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mai.) — Arthopathie tabétique, par GUÉRIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 28 juillet.) — Action complémentaire de la suggestion hypnotique dans le traitement de l'ataxie locomotrice, par BÉRILLON. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Deux cas d'ataxie locomotrice améliorés par l'extension des nerfs, par BENEDICT. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1894.) — Lésion traumatique de la protubérance ; mort, par BREFFEIL. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mai.) — Néphrolithiase après les blessures de la moelle, par MULLER. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3,) — Tumeurs de la moelle, diagnostic, traitement, 6 cas, 3 opérations, par Allen STARR. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Traitement de la maladie de Little, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 5 mai.)

Mole. — Structure des môles vésiculaires, par MARCHAND. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 3.) — Môles hydatiformes, par TARDIF. (*Anjou méd.*, 1er mars.)

Molluscum. — Nature des modifications cellulaires dans le molluscum contagiosum, par KURNITZKY. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 1 et 2.)

Monstre. — Fœtus pseudencéphalien, par A. MARTIN. (*Normandie méd.*, 1er juillet.) — Un monstre anencéphale, par PHILLIMORE. (*Med. Record*, 20 avril.) — Acardiaque, par SCHILLER. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 2.) — Malformation rare, par ZEDEL. (*Ibid.*) — Note sur un fœtus omphalo-angiopage paracéphale cardiaque, par H. VOGT. (*Norsk. Magazin*, fév.) — Monstres doubles et dystocie fœtale, par DULOROY. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril). — Lésions anatomiques d'un monstre anophtalme, par BERNHEIMER. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov. 1894.) — Sur le mode de formation des monstres doubles, par WIEDERMANN. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 1.)

Morphée. — Morphée inerpétiforme, par HUTCHINSON. (*Brit. med. j.*, 1er juin.)

Mort. — Les causes de la mort subite, par DURELL. (*Boston med. journ.*, 27 juin.) — Sur le mécanisme de la mort, par G. G. SKORICZENKO-AMBODIK. (*Vratch*, 9 mars.)

Morve. — La morve humaine dans le cercle Berdian du gouvernement de Twer, par PEDKOW. (*Hyg. Rundsch. V.*, n° 1, p. 32.) — La morve, par ROUX. (*Ann. de méd.*, n° 30, p. 233.) — Anatomie pathologique des os dans la morve, par SHARP. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Cirrhose morveuse du foie chez le cheval, par CADIOT et GILBERT. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Action de la malléine de Johne chez les chevaux atteints ou suspects de morve, par TRAUTWEILER. (*Zeitsch. f. Thiermed. u. vergleich.*, XX et *Hyg. Rundsch.*, V. n° 1, p. 38.)

Muscle. — Le tissu musculaire dans la série animale, par JOURDAN. (*Rev. gén. des sc.*, 15 mai.) — Le muscle poplité, par HIGGINS. (*Journ. of anat.*,

juillet.) — Sur la distribution fonctionnelle des racines motrices dans les muscles des membres, par POLIMANTI (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Sur l'ankylose bipolaire des articulations radio-cubitales, par RIVIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 23 avril.) — Sur les échanges gazeux des muscles isolés du corps, par TISSOT. (*Arch. de phys.*, VII, 3, p. 469 et 492.) — Comparaison de l'échauffement qu'éprouvent les muscles dans le cas de travail positif et de travail négatif, par CHAUVEAU. (*Ac. des sc.*, 1er juillet.) — Action comparée de la fatigue et de la décapsulisation sur la toxicité des extraits musculaires du rat, par BOINET. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Sur les effets de la rupture du circuit sensitivo-moteur des muscles dans sa portion centripète, par TISSOT et CONTEJEAN. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Sur la signification de l'absorption d'oxygène par les muscles extraits du corps, par TISSOT. (*Ibid.*, 8 juin.) — Analyse des mouvements volontaires par de nouveaux instruments, par JACK. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Anomalie du muscle digastrique, par SIRAUD. (*Province méd.*, 11 mai.) — De la fatigue des muscles humains sous l'action des poisons nerveux, par ROSSI. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Stade d'induration dans la myosite progressive ossifiante, par LEXER. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.) — Myosite progressive ossifiante, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 18 août.) — Un cas de polymyosite subaiguë suppurée, par NEUMANN. (*Deut. med. Woch.*, 13 juin.) — Examen histologique d'un fragment de muscle enlevé pendant la vie, dans un cas de paramyoclonus symptomatique, par LÉVI. (*Soc. anat. Paris*, avril, p. 331.) — Des myoclonies, par RAYMOND. (*Prog. méd.*, 29 juin.) — De la myoclonie familiale, par UNVERRICHT. (*Deut. Zeit. f. Nerv.* VII, 1 et 2.) — Amyotrophie Charcot Marie chez l'adulte, par VANNIER. (*Thèse de Paris.*) — Sur une forme anormale d'atrophie musculaire progressive, par MONTESANO. (*Riforma med.*, 2 mai.) — Atrophie musculaire progressive, envahissement des muscles de la face, de la langue, oculaire externe, par RUGH et MILLS. (*J. of nerv. dis.*, juin.) — Observation d'hypertrophie pseudo-musculaire, par ESHNER. (*Ibid.*, mai.) — Un cas de spasme musculaire localisé, par KENISTON. (*Americ. med. Bull.*, 1er juin.) — Rupture de la longue portion du biceps avec arthrite rhumatoïde, par DAVIS. (*Med. News*, 3 août.) — Les blessures du diaphragme, par SORRENTINO, (*Riforma med.*, nos 82 et 83, p. 75 et 88.)

Mycosis. — 2 anciens et 2 nouveaux cas de mycosis fongoïde, par HALLOPEAU et GUILLEMOT. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — Observation de mycosis fongoïde, par LEREDDE. (*Ibid.*, 13 juin.) — Sur 3 cas de mycosis fongoïde, par HALLOPEAU et JEANSELME. (*Ibid.*, 19 avril.) — Un cas de mycosis fongoïde, par W. DUBREUILH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 juin.) — Sur le mycosis fongoïde, par P. P. ABRAMYTCHEFF. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Du mycosis fongoïde et des erythrodermies prémycosiques, par MALHERBE. (*Thèse de Paris.*)

Myopie. — Examen ophtalmologique à l'image renversée sur les yeux fortement myopes, par DEMICHERI. (*Ann. d'ocul.*, août.) — De l'augmentation de l'acuité visuelle après l'opération de la myopie intense, par SCHAUZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 nov. 1894.) — Indications et contre-indications opératoires de la myopie intense, par FUKALA. (*Ibid.*, 19 nov. 1894.) — De la myopie dans les écoles, par HOOR. (*Wiener med. Woch.*, 27 avril.) — Myopie, cataractes centrales et leucomes centraux. par ROURE. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Augmentation de l'acuité visuelle chez les myopes à la suite d'une intervention opératoire (cataracte), par SCHAUZ. (*Græfe's Arch.*, XLI, 1.)

Myxome. — Parasite végétal de l'espèce des levures, produisant des tumeurs d'aspect myxomateux chez l'homme, par CURTIS. (*Bull. méd. Nord.*, 9 août.)

Myxœdème. — Traitement du myxœdème par la médication thyroïdienne, par PITRE (*Thèse de Lyon.*) — Myxœdème infantile amélioré par le traitement thyroïdien, par E. RÉGIS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juin.) — Myxœdème, traitement par l'injection de corps thyroïde frais, par BALZER. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Un cas de myxœdème inutilement traité par l'extrait de thyroïde, par MILLER. (*Medical Record*, 6 juillet.)

N

Nævus. — Nævus verruqueux unilatéral s'étendant de l'occiput au cou-de-pied chez un homme de 22 ans, par DIND. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 2, p. 106.) — Nævi pigmentés et pilaires, par DANLOS. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — Un cas de nævus sous-cutané avec hyperplasie glandulaire, par BEIER. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 3.) — Traitement des nævus, par WHARTON. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.)

Nerf. — Sur l'origine de quelques nerfs encéphaliques, par LUGARO. (*Arch. di oft.*, II, 6.) — Sur les cellules d'origine de la racine descendante du trijumeau, par LUGARO. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur un noyau de cellules nerveuses intercalé entre les noyaux du vague et de l'hypoglosse, par STADERINI. (*Monit. zool. ital.*, V, 8 et *Archiv. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur l'existence de connexions entre le faisceau longitudinal postérieur et les noyaux des 3e, 4e et 6e paires, par MAHAIM. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 3.) — Nerf auditif des poissons osseux, par CANNIEU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mai.) — Anatomie des noyaux du nerf moteur oculaire commun, par BERNHEIMER. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov. 1894.) — Le pneumogastique contient-il des filets moteurs par la vessie et l'utérus, par DELEZENNE. (*Soc. de biol.*, 1er juin.) — Innervation des muscles de la face, par DEBIERRE et LEMAIRE. (*Ibid.*, 13 juillet.) — Deuxième note sur les nerfs du rein, par AZOULAY. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Excitation unipolaire du nerf suivant son degré de soulèvement, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 18 mai.) — Dosage de l'excitation physiologique des nerfs par les machines électro-statiques, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 22 juin.) — Emploi du condensateur pour régler l'intensité de l'excitation faradique des nerfs en physiologie, par CHARPENTIER. (*Ibid.*, 22 juin.) — Des polynévrites, par ETLINGER. (*Gaz. des hôp.*, 18 mai.) — Névralgie de la 8e racine postérieure cervicale droite, par CHIPAULT et DEMOULIN. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, VIII, 2.) — Aconitine contre les névralgies, par HUNSBERGER. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Névralgie du trijumeau datant de 8 ans, guérison par la résection des trois branches du ganglion de Gasser, par ESKRIDGE et ROGERS. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.) — Névralgie de la 8e racine postérieure cervicale droite. Résection intra-rachidienne de cette racine et des racines sus et sous-jacentes. Guérison opératoire et fonctionnelle, par CHIPAULT et DEMOULIN. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 2, p. 136.) — Névralgie épileptiforme de la face traitée par les injections sous-cutanées d'hyoscine, par PONT. (*Lyon méd.*, 14 juillet.) — Névrite du médian, par CENAS. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Le diagnostic différentiel de la névrite localisée, du rhumatisme et d'autres états à symptômes similaires, par BISHOP. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Diagnostic de la névrite périphérique, traitement, par

Cagney. (*Lancet*, 17 août.) — Névrite traumatique ascendante, guérison par la compression forcée, par Delorme. (*Bull. méd.*, 29 mai.) — De la névrite puerpérale, par Bernhardt. (*Deut. med. Woch.*, 50, 1894.) — De la sciatique spasmodique, par Dupont. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de rabdomyome du nerf sciatique avec atrophie graisseuse des muscles, par Orlandi. (*Giorn. Accad. med. Torino*, 3 et 4, p. 164.) — De la dégénérescence rétrograde dans les nerfs périphériques et les centres cérébro-spinaux, par Durante. (*Bull. méd.*, 12 mai.) — De la résection intracranienne du trijumeau, par Krause. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — De la résection intracranienne du nerf trijumeau, par v. Beck. (*Beit. z. klin. Ch.*, XIII, 3.) — Extirpation du ganglion de Gasser, par Doyen. (*Arch. prov. de Chir.*, IV, 7.) — A propos d'un cas de résection du ganglion de Meckel et du nerf maxillaire supérieur, considérations sur ces divers procédés opératoires, par Latouche. (*Ibid.*) — Un cas fatal d'excision du ganglion de Gasser, par Gerster. (*Med. Record*, 29 juin.) — De l'ablation du ganglion de Gasser, par Lanphear. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 avril.) — Traitement chirurgical du tic douloureux de la face, par Le Dentu. (*Semaine méd.*, 3 juillet.) — Paralysie du plexus brachial droit, par A. Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mars.) — Paralysie du nerf radial, suite de fracture de l'humérus, par Goldstein. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XL, 5 et 6.) — De la régénération fonctionnelle du nerf radial après lésions traumatiques, par Maugard. (*Thèse de Paris.*) — Suture du nerf radial, 3 mois après sa division, par Sinkler. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.) — Suture du nerf médian après section complète, retour de la sensibilité, par F. Hue. (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Nerveux (Système). — Les nouvelles recherches sur la structure du système nerveux central, par Obersteiner. (*Wiener med. Presse*, 21 avril.) — La constitution, l'articulation et la conjugaison des neurones, par Renaut. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Des neurones, par Flatau. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Contribution à l'étude de l'anatomie du système nerveux central, par Münzer et Wiener. (*Prager med. Woch.*, 14.) — Sur un noyau de cellules nerveuses intercalées entre les noyaux d'origine du vague et de l'hypoglosse, par Staderini. (*Monit. zool. ital.*, V, 8.) — Cellules nerveuses encore épithéliales dans la moelle du têtard, mode de développement du neurone, par Athias. (*Soc. de biol.*, 6 juillet.) — Le rôle physiologique des dendrites, par Mislawsky. (*Ibid.*, 29 juin.) — La terminaison nerveuse dans les poils, par Orru. (*Boll. Acad. med. Roma*, XIX, 7.) — De la méthode du clivage et du moulage appliquée à l'étude du système nerveux, par Luys. (*Soc. de biol.*, 20 juillet.) — Influence des troubles fonctionnels des plexus nerveux périphériques sur les phénomènes de l'activité mentale, par Luys. (*Ann. de psych.*, juin.) — Nouvelle méthode pour démontrer si la vitesse de la conductibilité nerveuse est égale ou non dans les fibres sensitives et motrices chez l'homme, par Grigorescu. (*Soc. de biol.*, 16 fév.) — La toxicité dans l'étiologie des maladies du système nerveux, par Sterne. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juillet.) — Toxines et système nerveux, par Charrin. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Rôle de l'infection dans les maladies du système nerveux, par Guertin. (*Thèse de Paris.*) — Des processus réparateurs dans le ganglion invertébral, par Tirelli. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Du réveil des affections anciennes des centres nerveux, par Pauly. (*Thèse de Lyon.*) — Clinique de Lyon, maladie du système nerveux, par Lépine. (*Rev. de méd.*, juin.)

Névrose. — Pathogénie des névroses traumatiques, par Crocq. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Sur un cas de névrose traumatique, par Debove. (*Soc. méd.*

des hôp., 5 avril.) — Névroses vasculaires chez la femme, par Mc Gillicuddy. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Neurasthénie et artériosclérose, par Régis. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Des rapports de la neurasthénie avec l'artério-sclérose, par Darroux. (*Thèse de Bordeaux.*) — La psychologie de la neurasthénie, par Mc Clain. (*Med. Record*, 20 juillet.) — De la neurasthénie, par Bartlett. (*Boston méd. Journ.*, 11 avril.) — De la neurasthénie, rapports de la maladie de Beard avec les maladies infectieuses, par Ducroux. (*Thèse de Paris.*) — De l'emploi de l'extrait cérébral dans le traitement de la neurasthénie, par H. J. Vetlesen. (*Norsk Mag.*, mars.) — Traitement nouveau de la faiblesse séminale et de la neurasthénie sexuelle, par A. Wiener. (*Med. Record*, 13 avril.) — Remarques sur le traitement psychique de la neurasthénie, par Putnam. (*Boston med. j.*, 23 mai.) — A propos d'un cas d'agoraphobie, par Sottas. (*Méd. moderne*, 6 juin.) — Du latah, névrose des Indes hollandaises, par van Brero. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LI, 5.) — Crampe des écrivains traitée par l'électricité statique, par Monell. (*N.-York med. j.*, 1er juin.) — Aphasie fonctionnelle dans la migraine ophltalmique, par A. Pick. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 nov. 1894.) — L'ivresse érotique, par Féré. (*Rev. de méd.*, juillet.) — De l'hypochondrie et de la nosophobie, par Althaus. (*Americ. j. of med. sc.*, juillet.)

Nez. — Topographie et chirurgie des cavités nasales, par Djelitzyn. (*Vratch*, 17.) — L'appareil nerveux de l'olfaction, par Launois. (*Ann. mal. de l'or.*, juillet.) — Endothéliome hyalogène, cylindrome, de la peau du nez, par van Duyse. (*Bull. Acad. méd. Belgique*, IX, 4.) — L'organe de Jacobson des cheiroptères, par Duval et Garnault. (*Soc. de biol.*, 22 juin.) — Micro-organismes dans le nez sain, par Thomson et Hewlett. (*Royal med. Soc.*, 28 mai.) — Direction du courant d'air dans le nez, par G. Scheft (passage surtout par le méat moyen.) (*Berlin. klin. Woch.*, 15 oct. 1894.) — Bifidité du nez par brides amniotiques, par Julius Wolff. (*Ibid.*, 3 déc. 1894.) — Malformations nasales par brides de l'amnios, par Virchow. (*Ibid.*, 17 déc. 1894.) — Maladies du nez, de la gorge et du larynx, par Flatau. (In-8°, 400 pages, *Leipsig.*) — Sur ce qu'il ne faut pas faire dans les affections du nez et des oreilles, par Roberts. (*Med. Record*, 1er juin.) — Les maladies du nez chez les écoliers, par Bresgen. (*Münch. med.*, *Woch.*, 1, p. 9.) — L'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie, par Lermoyez et Helme. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Les troubles de l'olfaction, par Lermoyez. (*Presse méd.*, 6 juillet.) — Sur les réflexes d'origine nasale, par Bronner. (*Lancet*, 27 juillet.)— Névropathie nasale, par Thomas. (*Marseille méd.*, 15 juin.) — Deux cas de névralgie grave du trijumeau, par lésions nasales, par Collier. (*Lancet*, 13 juillet.) — Névralgie du trijumeau et affection nasale, par Collier. (*Ibid.*, 31 août.) — Mélancolie guérie par une opération nasale, par Bosworth. (*Americ. lar. Ass.*, 18 juin.) — Insufflation de chlorure de sodium dans le nez contre les douleurs, par Capp. (*Med. News*, 15 juin.) — Deux cas d'anosmie guéries par des douches d'acide carbonique, par Joal. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Etiologie de la rhinite membraneuse, par Ravanel. (*Med. News*, 18 mai.) — Un cas fatal d'épistaxis au cours d'une grossesse, par Hubbard. (*Med. Record*, 20 avril.) — Traitement de l'épistaxis, par Richardson. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Infection du cerveau d'origine nasale, par Stoerk. (*Wiener med. Woch.*, 18 mai.) — Encore sur les maladies du nez dans les maladies infectieuses, spécialement sur la diphtérie, par Ziem. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 162.) — Utilité dans l'érysipèle de la face et la coqueluche des irrigations salées du pharynx nasal, par Hottinger. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1894.) — Quelques cas de mycose du nez et de la gorge, par Wright. (*N.-York med. j.*, 6 juillet.) — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle, par

CHEVAL. (*Rev. de laryng.*, 1er août.) — Sur un cas de rhinoscopie postérieure, par RAUGÉ. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Deux cas de chancre primitif de la cloison nasale, par GAREL. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Du lupus pseudo-polypeux des fosses nasales, par SIMONIN. (*Ibid.*, 1er sept.) — L'hypertrophie du segment postérieur des cornets du nez, par LECOINTRE. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de l'hypertrophie nasale, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Bull. Acad. méd.*, 9 avril.) — Varices des cornets par WINGRAVE. (*Lancet*, 15 juin.) — Nécrose considérable de la cloison et du cornet inférieur gauche, par JOUSLAIN. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 3.) — La diminution des sequestres des fosses nasales et des rhinolithes au moyen des acides (H Cl), note sur un rhinolithe, par BERGEAT. (*Münch. med. Woch.*, 12, p. 262.) — Déformation en S de la cloison traitée par des opérations successives, par WATSON. (*Lancet*, 13 juillet.) — Electrolyse pour les éperons de la cloison, par CASSELBERRY. (*Americ. laryng. Ass.*, 17 juin.) — Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales, par LACROIX. (*Thèse de Paris.*) — De l'usage de la curette dans le traitement des sténoses nasales, par ASTIER. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Nouveau polypotome rétro-nasal, par FERRERI. (*Arch. ital. di. otol.*, III, 2.) — Pronostic des opérations nasales pratiquées pendant la grippe, par DELAVAN. (*N.-York med. j.*, 8 juin.) — Des maladies inflammatoires du sinus frontal, leurs suites, par KUHNT. (287 p. *Wiesbade.*) — Sur un cas d'hydropisie du sinus frontal droit, par NIETSCH. (*Prager med. Woch.*, 15.) — De l'empyème du sinus frontal, par HERZFELD. (*Deut. med. Woch.*, 12, p. 195.) — Les manifestations orbito-oculaires des sinusites éthmoïdales, par ROHMER. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.) — Ethmoïdite suppurée, invasion du sinus sphénoïdal, abcès du cerveau, par BOSWORTH. (*Americ. laryng. Ass.*, 18 juin.) — De la suppuration des sinus, par BRYAN. (*Ibid.*) — Complications des empyèmes des cavités accessoires du nez, par LICHTWITZ. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Du traitement des affections aiguës des cavités accessoires de la face, par MOLL. (*Rev. de laryng.*, 15 août.) — Massage rythmé des muqueuses dans le traitement des affections du nez, de la gorge et des oreilles, par GARNAULT. (*Bull. méd.*, 22 mai.) — Kyste osseux du cornet moyen, par RUEDA. (*Boll. mal. dell'Or.*, XIII, 5.) — Tumeur congénitale, molle et réductible, au dessus de la racine du nez, chez un enfant de 3 semaines (encéphalocèle ou méningocèle), par E. MARTIN. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 1, p. 51.) — L'étiologie des polypes muqueux du nez, par GUYES et LUC. (*Brit. med. j.*, 24 août.) — Electrolyse des tumeurs de la cloison du nez et des hyperplasies de la pituitaire, par HELOT. (*Rev. int de rhinol.*, V, II.) — Tumeurs muriformes du bord postérieur de la cloison nasale, par HILL. (*London lar. Soc.*, 9 janv.) — Ostéome du sinus frontal, par LIARAS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 juillet.) — Exophtalmie produite par un ostéome orbito-nasal, par E. MARTIN. (*Ibid.*, 14 juillet.) — Un cas d'ostéo-sarcome du nez chez un bœuf, par J. WRIGHT. (*Med. Record.*, 20 avril.) — Ablation d'un vaste cancer épithélial de la fosse nasale gauche chez un homme de 60 ans, par FLATAU. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 janv.) — Les sarcomes primitifs des fosses nasales, par HELME. (*Union méd.*, 23 fév.) — Polypes muqueux et sarcomes des fosses nasales, par BONAIN. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Ostéosarcome de la cavité nasale, par FICANO. (*Boll. mal. dell'Or.*, XIII, 8.) — Traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles, par STAMATIADES. (*Thèse de Paris.*) — Cas de chirurgie plastique du nez et du palais, par SMITH. (*Boston med. Journ.*, 16 mai.) — Réparation d'une difformité nasale par la prothèse métallique, par VILLAR. (*Mercredi méd.*, 3 juillet.)

Nutrition. — De la résorption et de l'élimination de la chaux, par REY. (*Deut.

med. Woch., 29 août.) — Sur les variations des échanges azotés sous l'influence de la lumière monochromatique, par J. R. TARCHAN-MOURAWOW. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1894.)

Nystagmus. — Du nystagmus, variétés cliniques, par SYM. (*Americ. j. of med. sc.*, juin.) — Sur le nystagmus familial, par AUDEOUD. (*Ann. d'ocul.*, juin.)

O

Obésité. — Pronostic des troubles du rhythme cardiaque dans l'obésité, par KISCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars.) — La médication thyroïdienne dans l'obésité, par BUQUIN. (*Thèse de Paris.*) — Des larges excisions du tissu adipeux dans l'obésité, par GAUTHIER. (*Thèse de Paris.*)

Occlusion intestinale. — 2 cas d'obstruction intestinale, par GRIFFITHS. (*Lancet*, 25 mai.) — Quelques cas d'occlusion de l'intestin, par JABOULAY. (*Lyon méd.*, 18 août.) — Sur le passage des microbes à travers les parois intestinales dans l'occlusion intestinale, par J. J. MULTANOWSKI. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Obstruction complète du pylore par une tumeur, par ROCHET. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Un cas d'obstruction intestinale survenue 4 jours après une laparotomie; seconde intervention, guérison, par FERGUSON. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 avril.) — Céliotomie pour volvulus chez un homme de 85 ans, guérison, par SMITH et FLEMMING. (*Brit. med. j.*, 20 juillet.) — Colique hépatique, paralysie de l'intestin, vomissements fécaloïdes, phénomènes d'obstruction sans obstacle mécanique, au cours des matières, par SIREDEY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars.) — Occlusion intestinale chronique consécutive à une hystérectomie vaginale, vomissements noirs, par A. MATHIEU (*Ibid.*, 4 mai.) — Etranglement interne chez une femme enceinte de 8 mois, hernie de l'angle gauche du côlon et de l'epiploon, à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans la plèvre gauche, par LEGRY. (*Soc. anat. Paris*, 19 avril.) — Invagination iléo-cœcale chez l'adulte. Laparotomie. Mort par infection putride, par BIEDERT. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 nov. 1894)—Occlusion intestinale causée par une torsion de l'S iliaque, par PILLARD. (*Lyon. méd.*, 19 mai.) — Occlusion intestinale par bride, diverticulum de Meckel, chez un enfant de 7 semaines, laparotomie, mort, par BRAQUEHAYE. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.) — Invagination intestinale, expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au misentère et non gangrenée, par VANVERTS. (*Ibid.*, 3 mai.) — Des occlusions intestinales post opératoires, par LEGUEU. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Iléus par calcul biliaire, par GALLIARD. (*Presse méd.*, 18 mai.) Lavements donnés pour une occlusion amenant la rupture d'un ulcère du côlon transverse, par FENWICK. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — Technique opératoire dans un cas d'occlusion intestinale par cicatrice, par MAZZONI. (*Soc. lancisania di Roma*, 29 avril.) — Traitement de l'invagination intestinale, par RYDYGIER. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 octobre 1894.) — Entérotomie dans l'iléus, par HUFSCHMID. (*Thèse de Kœnigsberg.*)

Œdème. — Pathogénie de l'œdème, par ROGER et JOSUÉ. (*Soc. de biol.*, 27

juillet.) — Œdèmes vaso-moteurs sans albuminurie, par TCHIRKOFF. (*Rev. de méd.*, août.)

Œil. — Le cercle veineux de Schlemm n'est pas en communication directe avec la chambre antérieure, par BENTZEN et LEBER. (*Graefe's Arch.* XLI, 1.) — Contribution à l'étude du siège et de la fonction des groupes cellulaires isolés du noyau de l'oculo-moteur, par STUELP. (*Ibid.*, 2.) — Sur les fibres du nerf optique, par HUFLER. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VII, 1 et 2.) — Relations entre les mouvements des yeux et de la tête, par BROWN. (*Lancet*, 25 mai.) — Des sensations visuelles subjectives, par GOWERS. (*Ibid.*, 22 juin.) — La sensibilité de l'œil aux couleurs spectrales, par PARINAUD. (*Rev. scientif.*, 8 juin.) — Sur une théorie physique de la perception des couleurs, par DARZENS. (*Acad. des sc.*, 8 juillet.) — Contribution à l'étude de la tonométrie et de la manométrie de l'œil, par KOSTER. (*Graefe's Arch.* XLI, 2.) — Quelques phénomènes subjectifs dans le champ visuel, par ZEHENDER. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars et avril.) – Sur la photographie du fond de l'œil, par A.-TH. BEKMAN. (*Vratch*, 20 avril.) — Anomalies congénitales du fond de l'œil, par MITVALSKY. (*Arch. of opht.* XXIV, 2.) — L'origine des anomalies congénitales de l'œil, par WINTERSTEINER. (*Ibid.*) — Atlas et précis d'ophthalmoscopie et de diagnostic ophthalmoscopique, par O. HAAB. (*Munich.*)—Études cliniques sur les maladies des yeux, première partie, maladies des organes de la vue et traitement, par DU BOIS-REYMOND. (In-8° *Leipsig.*) — Rapport sur les travaux des équipes volantes d'oculistes en 1894, par MM. ANDOGSKI, BELLARMINOFF et DOLGANOFF. (*Vratch*, 23 février.) — Sur les équipes volantes d'oculistes, par D.-N. ZBANKOFF. (*Vratch*, 13 avril.) — Guide pour la prescription de lunettes, par P. STOEWER. (*Vienne.*) — Les maladies des yeux en Vendée, par CHEVALLEREAU. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Les erreurs de réfraction, par DICKINSON. (*J. Americ. med. ass.*, 4 mai.) — Sur quelques-uns des moyens les plus simples pour décéler les erreurs de réfraction et l'insuffisance des muscles oculaires, par PROCTOR. (*Boston med. j.*, 16 mai.) — Les erreurs de réfraction, examen de 2,000 yeux, par MARLOW. (*N.-York med. j.*, 13 juillet.) — Sur la skiascopie, par A. F. CHIMANOWSKI. (*Thèse de Kief.*) — Valeur comparative des procédés objectifs d'optométrie, par PARENT. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Méthode subjective d'optométrie, par BULL. (*Ibid.*) — La déformation des objets vus indirectement, par ESCHERNING. (*Ibid.*) — Éclairage artificiel de l'ophtalmomètre, par AUGIÉRAS. (*Ibid.*) — Étude ophtalmotonométrique, par OSTWALT. (*Ibid.*) — Grossissement de l'image ophtalmoscopique droite des amétropes, par VIGNES. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Des rapports de l'amplitude d'accommodation avec la réfraction statique, par FROMAGET. (*Ann. d'ocul.*, juin.) — Etude critique de l'ophtalmomètre de Reid, par G. LUCCIOLA. (*Giorn. Acad. med. Torino*, 3-4, p. 223.) — Les complications oculaires des affections du tube digestif, par A. TERSON. (*Ann. de méd.* 18, p. 137.) — Rapports des maladies utérines avec les lésions fonctionnelles et organiques des yeux, par AYRES. (*Americ. j. of Obst.*, mai.) — Céphalalgie oculaire, par JESSOP. (*The Practitioner*, juillet.) — Ophtalmie par des poils de chenilles (kératite ponctuée superficielle), par ELSCHNIG. (*Klin. Monats. f. Augenheilk.*, juin.) — Nécessité de reviser le traitement des ophtalmies du nouveau-né, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 5 mai.) — A propos de l'ophtalmie des nouveau-nés, par A. PUECH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 juin.)—Du traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés, par le nitrate d'argent, à 1/150, par BUDIN. (*Arch. de Tocol.*, mai.) — Sur le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, par GALLEMAERTS. (*La Policlinique, Bruxelles*, 15 mai.) — Traitement de l'ophtalmie granuleuse, par KŒNIG. (*Rev. internat. de thérap.*, n° 7, p. 227.)

— De certains bacilles trouvés dans un cas de panophtalmie post opératoire, par DE SCHWEINITZ. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — Un cas de panophtalmie, par CHENEY. (*Boston med. journ.*, 8 août.) — Expériences sur les affections oculaires dues au pneumobacille, par PERLES. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov.) — Panophtalmies consécutives à d'anciens leucomes adhérents, par TERSON. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Sur la curabilité de l'uvéite sympathique, par ROGMAN. (*Ann. d'ocul.*, août.) — De l'exophtalmie, par SALOMONSOHN. (*Deut. med. Woch.*, 11 juillet.) — Amblyopie intermittente, par DESCHAMPS. (*Dauphiné méd.*, 1er mars.) — Diplopie anormale, strabisme divergent avec diplopie homonyme, par HARVEY. (*Arch. of opht.* XXIV, 2.) — Paralysie traumatique du nerf abducteur, par ZIMMERMANM. (*Ibid.*, XXIV, 2.) — De l'amblyopie toxique, alcool, tabac, par GILLET. (*Thèse de Paris.*) — L'état irritatif de l'œil; trois irritations réflexes provoquées par le trijumeau, par MOLL. (*Centralb. f. prakt. Augenheilk.*, mars.) — De la névrite œdémateuse d'origine intra-cranienne, par PARINAUD. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — Troubles du nerf trijumeau, au cours des paralysies oculo-motrices, par BENOIT. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Névrite optique rétrobulbaire, d'origine héréditaire, par WESTHOFF. (*Centralb. f. prakt. Augenh.*, juin.) — Un nouveau type de paralysie associée des mouvements horizontaux des yeux, par SAUVINEAU. (*Bull. méd.*, 19 mai.) — Lésions anatomiques de l'œdème de la papille du nerf optique, par ELSCHNIG. (*Berlin. klin. Woch*, 12 nov. 1894.) — Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire transitoire consécutive à une migraine ophtalmique, par CHABBERT. (*Progrès médical*, 13 avril.) — Un cas d'ophtalmoplégie externe complète, bilatérale, par JACK. (*Boston med. j.*, 18 juillet.) — Ophtalmoplégie extrinsèque congénitale, par GUENDE. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Insolation des yeux; scotome central, par G. SOUS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juin.) — Vision de taches jaunes, par HILBERT. (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Vision de taches jaunes, par HERTER. (*Ibid.*, juin). — Synéchies antérieures et synéchotomie, par GAUPILLAT. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — La sclérotomie interne, par DE WECKER. (*Ann. d'ocul.*, août). — Sur le fluorol, son application en thérapeutique oculaire, par RIBIÈRE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Combinaison de l'éphédrine et de l'homatropine comme mydriatique, par GREENOUW. (*Deut. med. Woch.*, 10.) — Ephédrine-homatropine, nouveau mydriatique, par SUKER. (*N.-York. med. j.*, 8 juin.) — Sur l'emploi de la pyoctanine en oculistique, par PUECH. (*Mercredi méd.*, 12 juin.) — Production expérimentale de l'amaurose, par l'extrait éthéré de fougère mâle, par MASIUS. (*Bull. acad. méd. Belgique*, IX, 6.) — Le massage de l'œil, par PARENTEAU. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Du permanganate de potasse en oculistique, par VIAN. (*Ibid.*) — Appareil laveur de l'œil, par DARIEX. (*Ibid.*) — Sur la thalassothérapie dans les maladies des yeux, par DIANOUX. (*Ann. d'ocul.*, juillet.) — Du pansement oculaire pulvérulent occlusif au lorétinate de bismuth, par PIETRI. (*Thèse de Paris.*) — Plaies pénétrantes du globe de l'œil, par WOOD. (*Med. News*, 10 août.) — Tumeurs du globe de l'œil, par WILDER. (*J. Amer. med. Ass.*, 27 avril.) — Microphtalmie avec kyste de la paupière supérieure, par PURTSCHER. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 nov. 1894.) — Tumeur du corps ciliaire, par MITVALSKY. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — Sur une tumeur rare endobulbaire, par PARISOTTI. (*Ann. d'ocul.*, août.) — Fibro-sarcome alvéolaire du nerf optique, par FINLAY. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — Extirpation d'un cancer de l'angle oculaire chez un homme de 60 ans, dont l'autre œil était cataracté; ablation de la conjonctive oculaire, conservation de la vue, par LINDNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mars.)

Œsophage. — Nouveau moyen de diagnostic pour les affections de l'œsophage

par Holmes. (*Med. News*, 25 mai.) — Anévrysmes miliaires œsophagiens, par Vitrac. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mars.) — Diverticule de l'œsophage chez la mère (77 ans) et chez le fils (57 ans), par Landgraf. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 janvier.) — Du spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac, par Schrameck. (*Thèse de Lyon.*) — Actinomycose péri-laryngo œsophagienne, par Bérard. (*Lyon méd.*, 21 avril.) — Un cas d'œsophagisme au cours du lavage de l'estomac, par Thiercelin. (*France méd.*, 17 mai.) — Des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, par Dietrich. (*Thèse de Lyon.*) — Gastrostomie pour rétrécissement néoplasique de l'œsophage, par G. Lacharrière. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er mai.) — De la gastrostomie par la méthode de Frank, dans les rétrécissements œsophagiens, par H. Lindner. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 février.) — Gastrostomie chez un enfant de 4 ans et demi, par le procédé Frank-Villar, pour remédier à un rétrécissement infranchissable de l'œsophage dû à l'ingestion de potasse liquide, par Monnier. (*Gaz. des hôpit.*, 14 mars.) — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Gastrostomie temporaire. Cathétérisme rétrograde. Guérison, par Roux. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, 9, p. 516.) — Cancer primitif de l'œsophage, par Sourdille. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée, par Martin. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.) — Cancer de l'œsophage, fistule trachéo-œsophagienne, cancer de l'estomac, par Ombrédanne. (*Ibid.*, 7 juin.)

Orbite. — Des pseudoplasmes de l'orbite, par Sanchez. (*Thèse de Paris.*) — Tumeur congénitale maligne de l'orbite, par Lagrange. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Tumeur de l'orbite, produite par une dilatation des sinus ethmoïdaux, par Rohmer. (*Ibid.*) — Sur les thrombo-phlébites orbitaires, par Mitvalsky. (*Ibid.*) — Diagnostic des tumeurs vasculaires de l'orbite, par Jocqs. (*Ibid.*, 6 mai.) — Fibro-sarcome orbitaire, par Kalt. (*Ibid.*) — Points de repère anatomiques pour les opérations chirurgicales de la région orbitaire, par Motais. (*Ibid.*) — Tumeur orbitaire double simulant une tumeur maligne due à une infection d'origine nasale, par Combe et Dubousquet-Laborderie. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Kyste dermoïde de l'orbite, par Haab. (*Corresp. Blatt. f. schweiz Aerzte*, 15 février.) — Contribution à l'étude des kystes muqueux et des tumeurs vasculaires de l'orbite, par Becker. (*Graefe's Arch.* XLI, 1.) — Angiome kystique de l'orbite, électrolyse, par E. Valude. (*Bull. méd.*, 31 juillet.) — Ostéopériostite et phlegmon de l'orbite d'origine dentaire, par Valude. (*Union méd.*, 22 juin.)

Oreille. — Recherches sur l'épithélium sensitif de l'organe auditif, par Coyne et Cannieu. (*Ann. mal. de l'or.*, mai.) — Recherches sur la membrane de Corti, par les mêmes. (*Ibid.*) — Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs, par Bonnier. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — De la synergie auriculaire exagérée, par Mounier. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Des pressions centripètes, études de sémiologie auriculaire, par Gellé. (*Thèse de Paris.*) — Sur les bruits objectifs perceptibles dans l'oreille et la tête, par Goldflam et Meyerson. (*Wiener med. Presse*, 28 avril.) — Bruits subjectifs d'oreille d'origine synesthésique, traitement, par Augiéras. (*Rev. int. de rhinol.*, V, 12.) — Des bourdonnements d'oreille, par Miot et Herck. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Maladies de l'oreille, par Dench. (*Londres.*) — Les maladies d'oreilles chez les paysans, d'après les données du conseil de revision, par J.-S. Izatchek. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Audition dans les écoles primaires de Saint-Jean-d'Angély, par Jouslain. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Sur les maladies familiales de l'oreille, par Eitelberg. (*Wiener med. Woch.*, 11 mai.) — Œdèmes phlegmoneux sous-cutanés péri-otiques, par Gellé.

(*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Curabilité d'une forme de surdité incomplète chez les enfants, par Chambellan. (*Journ. de clin. infant.*, 4 juin.) — Surdité, comment la prévenir, par Strangways. (*N.-York med. j.*, 27 juillet.) — La valeur diagnostique du diapason dans les affections auriculaires, à propos d'un cas de tumeur de la base du crâne, par Schwabach. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 octobre 1894.) — De l'otite grippale, de sa forme nerveuse et de ses complications par paralysie faciale, par Eitelberg. (*Wiener med. Presse*, 16 juin.) — Otite externe diffuse par emploi intempestif d'acide phénique, par Lederman. (*N.-York med. j.*, 18 mai.) — Lymphangites péri-auriculaires, par Favraud. (*Thèse de Paris.*) — Cas d'affections mastoïdiennes non douloureuses, par Buck. (*Med. Record*, 20 juillet.) — De l'otite moyenne aiguë suppurée, avec voussure du secteur postéro-supérieur du tympan, par Escat. (*Rev. de laryng*, 15 août.) — Inflammations et abcès péri-auriculaires dans l'otite moyenne suppurée, par Frankenstein. (*Thèse de Kœnigsberg.*) — Les otites moyennes purulentes aiguës en rapport avec les maladies infectieuses, par Aschkinasi. (*Thèse de Paris.*) — Pronostic des opérations de mastoïdite chez les diabétiques, par Buck. (*N.-York med. j.*, 29 juin.) — Un cas d'otite moyenne suppurée, chez un diabétique, par Davidsohn. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 déc. 1894.) — Prophylaxie de la suppuration mastoïdienne, par Burnett. (*Med. News*, 17 août.) — Traitement chirurgical des otites chroniques suppurées, rebelles, par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne, par Andérodias. (*Thèse de Paris.*) — Résultats d'une série de 14 cas d'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne, par la méthode Stacke-Zaufal, pour la cure radicale d'otorrées rebelles, par Luc. (*Arch. int. de laryng.*, VIII, 3.) — Traitement chirurgical des otites moyennes suppurées chroniques, par Gradenigo. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 7.) — Otorrée rebelle. Ouverture de la caisse et de l'antre mastoïdien. Guérison, par Guément. (*Ann. policl. Bordeaux*, 1er juillet.) — Traitement antiseptique des suppurations chroniques simples de la caisse du tympan, du tamponnement méthodique du conduit auditif externe, par la gaze iodoformée, par Hamon du Fougeray. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Propagation des suppurations otiques dans le crâne par le canal carotidien, par Meier. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 3.) — Otite moyenne double avec accidents cérébraux, par Vacher. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Otite moyenne aiguë et thrombose du sinus latéral, par Lapalle. (*Journ. méd. Bordeaux*, 30 juin.) — Des abcès profonds du cerveau dans les affections aiguës de l'os temporal, un cas opéré et guéri, par Eulenstein. (*Monat. f. Ohrenh.*, mars.) — Otite moyenne purulente, mastoïdite, abcès intra-cérébral, noyaux métastatiques dans les poumons, par Le Fur. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Otorrée, thrombose du sinus latéral, opération, guérison, par Pitts. (*Lancet*, 10 août.) — Abcès cérébral après guérison d'une otite moyenne aiguë. Trépan. Abcès du lobe temporal. Mort au bout de quelques semaines ; présence d'un deuxième abcès, plus considérable, au voisinage du premier, par Schubert. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 octobre 1894.) — Deux cas de septicémie par otite moyenne, opération, guérison, par Nash. (*Lancet*, 3 août.) — Un cas d'abcès du cerveau, suite d'otite, par Joel. (*Deut. med. Woch.*, 8, p. 124.) — Un cas de stase papillaire double, de paralysie du droit externe d'un côté, avec méningite d'origine otique, par Rakowicz. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mai.) — Abcès du cervelet, suivi d'otite moyenne, opération, mort, par Bacon. (*Americ. j. of med., sc.*, août.) — Nouveaux crochets pour l'opération de la mastoïde, par Thorner. (*Deut. med. Woch.*, 29 août.) — Pince-curette pour les granulations de la caisse, par Avoledo. (*Arch. ital. di Otol.*, III, 2.) — De la dermoplastie après ouverture de l'oreille moyenne, par E. Zaufal. (*Prager. med. Wòch.*, 10.) — Cholestéatome de l'oreille moyenne, par Lacoarret. (*Arch. d'élect. méd.*,

1er juillet.) — Cholestéatome de l'oreille moyenne, trajet fistuleux, vertige de Ménière, par Lacoarret. (*Rev. de laryng.*, 1er juillet.) — Otorragie au cours de la fièvre typhoïde, par Molinié et Daunic. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Traitement de la surdité catarrhale, par le pneumo et le phonomassage, par Seltzer. (*Med. News*, 13 juillet.) — Sur le complexus symptomatique de Menière, par Frankl-Hochwart. (*Wiener. med. Presse*, 2 mai.) — Etude du diagnostic des adhérences endotympaniques, par J. Müller. (*Wiener. med. Blätter*, 21.) — Le masseur aural à l'hôpital Manhattan, pour les yeux et les oreilles, par Jackson. (*Journ. Amer. med. Ass.*, 29 juin.) — Appareil électrique pour la vibration directe du tympan, par Lester. (*N.-York med. j.*, 8 juin.) — De l'électrisation dans certaines affections auriculaires, par Mounier. (*France méd.*, 30 août.) — Traitement mécanique de quelques lésions de l'oreille, par Marple. (*N.-York med. j.*, 1er juin.) — Nouvelle poire pour pratiquer les douches, par Morpurgo. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 6.) — Rupture du tympan chez un pendu, par Lannois. (*Ann. mal. de l'or.*, juin.) — Traitement des corps étrangers de l'oreille, par Courtade. (*Bull. de thérap.*, CXXVIII, p. 387.) — Des traumatismes de l'oreille moyenne, par Ginestet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Exfoliation du limaçon, du vestibule et des canaux semi-circulaires, par Goldstein. (*Journ. of lar.*, juin.) — Procédé de correction de la difformité des oreilles proéminentes, par Barkwell et Beckett. (*Med. News*, 10 août.)

Oreillons. — Des relations qui existent entre les lésions inflammatoires à streptocoques et les oreillons, par Busquet et Ferré. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Quelques points de l'histoire des oreillons, par Gallice. (*Thèse de Paris.*) — Les oreillons et leurs complications, par Catrin. (*Gaz. des hôp.*, 29 juin.) — Les oreillons dans la garnison de Grenoble, depuis 1890, par Trouillet. (*Dauphiné méd.*, 1er juin.) — Oreillons et rougeole; période d'incubation et influence modificatrice réciproque, par Beverley Robinson. (*Med. Record*, 8 juin.) — Deux cas de surdité consécutive aux oreillons, par Dasque. (*Gaz. hebd. Bordeaux*, 3 février.)

Orthopédie. — La chirurgie orthopédique moderne, par Shaffer. (*Americ. med. Bull.*, 1er juillet.) — La chirurgie orthopédique moderne; ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être, par Phelps. (*Ibid.*, 15 avril.) — Les corsets orthopédiques de Fred. Hessing, par Siegfried Stern. (*Berlin. klin. Woch.* 4 mars.) — Hessing et ses appareils, par Oscar Vulpius. (*Ibid.*, 17 juin.)

Os. — Procédé de recherche et d'étude des points d'ossification épiphysaires, par Mayet. (*Soc. anat. Paris*, 3 mai.) — Sur l'ossification du sternum, par le même. (*Ibid.*) — Développement de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, par le même. (*Ibid.*) — Phénomènes chimiques de l'ossification, par Chabrié. (*Acad. des sc.*, 4 juin.) — Sur une forme de passage entre le tissu cartilagineux et le tissu osseux, par Chatin. (*Acad. des sc.*, 15 juillet.) — Du rôle des ligaments et des capsules articulaires sur les épiphyses, pendant leur période de croissance, par Lannelongue. (*Semaine méd.*, 17 août.) — De la régénération de la moelle osseuse sous l'influence de l'iodoforme, par Haasler. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.) — De l'absence congénitale du tibia, par Joachimsthal. (*Deut. med. Woch.*, 4 juillet.) — Des processus infectieux aigus dans les os, par Roswel Park. (*Boston. med. journ.*, 2 mai.) — Un cas d'ostéopériostite suppurée, à bacille d'Eberth, par Claude. (*Arch. génér. de méd.*, février.)—Ostéomyélite aiguë, par Piéchaud. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mai.) — De l'ostéomyélite des enfants en bas âge, par J. Braquehaye. (*Gaz. hebd. Paris*, 27 avril.) — De l'ostéomyélite aiguë, par Funke. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.) — De l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte,

par Bianchon. (*Thèse de Lyon.*) — De l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, par Demons. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Ostéomyélite du fémur droit, du calcanéum et de l'astragale, mort par méningite suppurée, par Braquehaye. (*Gaz. hebd. Paris*, 13 juillet.) — Résections tibiales au cours de l'ostéomyélite. Reproduction incomplète de cet os. Enorme hypertrophie compensatrice du péroné, devenant l'os principal de la jambe, et assurant la marche parfaite, sans appareil prothétique ni le secours d'une canne, par Gérard Marchant. (*Rev. d'orthop.*. 1er mars.) — Ostéomyélite aiguë des os longs, par K. A. Walter. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — De la tuberculose du calcanéum, par Finotti. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XL, 5 et 6.) — De l'ostéite tuberculeuse du prémier métatarsien, par Maisonneuve. (*Thèse de Lyon.*) — Guérison d'une cavité étendue du tibia, par le plombage à l'amalgame de cuivre, par Heintze. (*Deut. med. Woch.*, 20 juin.)— Flexibilité spontanée et intermittente des os, par Apping. (*St-Petersb. med. Woch.*, 4 mars.) — Ablation d'une exostose de la partie inférieure de la face interne du fémur droit, chez une jeune fille de 12 ans, par Ed. Martin. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, p. 53.) —Un cas d'exostoses ostéogéniques ou de naissance, à tort considéré comme un cas de myosite progressive ossifiante, par Soulier. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — De la résection des os longs pour tumeurs malignes, par Mikulicz. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) —Ostéome de la face externe du fémur consécutif à un coup de pied de cheval, par Moty. (*Bull. méd. Nord*, 28 juin.) — Quelques recherches sur les ostéomes musculaires, par Mante. (*N. Montpellier. méd.*, 26, p. 517.) — Un cas de myxome kystique du tibia, par Nové-Josserand et Bérard. (*Rev. de chir.*, mai.) — Chodro-myxo-sarcome du tibia, par Delmas. (*Journ. méd. Bordeaux*, 31 mars.) — Sarcome périostique du fémur, par Guinard et Villière. (*Soc. anat. Paris*, 19 avril.) — Sur le pronostic opératoire et la guérison des sarcomes du fémur, par Carrel. (*Thèse de Paris.*) — Des opérations conservatrices dans le traitement de l'ostéosarcome, par Jallot. (*Thèse de Paris.*) — Suture ancienne du tibia, par Liaras. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juin.) — Ostéomalacie à l'âge de 18 ans, par Drake-Brockmann. (*Brit. med. j.*, 1es juin.) — De la nature et du traitement de l'ostéomalacie, par Labusquière. (*Ann. de Gyn.*, mai.) — Des pseudarthroses par ostéomalacie, par de Saint-Gilles. (*Thèse de Paris.*)— Guérison de l'ostéomalacie par la castration, par Polgar. (*Arch. f. Gyn.*, XLIX, 1.) — Des cas d'ostéomalacie opérés par Bussche-Haddenhausen. (*Ibid.*, XLIX, 1.)—De la castration dans l'ostéomalacie, par Donat. (*Monats. f. Geburts.*, février.)

Ovaire. — Etudes microscopiques comparées de l'ovaire, par Fœrster. (*Americ. j. Obst.*, juin.) — L'innervation de l'ovaire, par de Vos. (*Arch. de pharmacodynamie*, I, 4.) — Migration des ovaires chez les mammifères, par Cannieu. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mai.) — Le renouvellement du parenchyme ovarique chez la femme, par Paladino. (*Monit. zool. ital.*, V, 6.) — Influence de l'ablation de l'ovaire sur les échanges nutritifs, par Curatulo et Tarulli. (*Cent. f. Gynack.*, 25 mai, et *Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Modifications histologiques de chacun des tissus normaux dans la salpingo-ovarite, par Reymond. (*Ann. de gyn.*, juillet.) — Des abcès du corps jaune, par Langer. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 1.) — Lésions suppurées des trompes et de l'ovaire, par Freeborn. (*Americ. j. of Obst.*, juillet.) — Double abcès tuberculeux tubo-ovarien, céliotomie, par Shober. (*Ibid.*, juillet.) — Les hernies de l'ovaire et les prolapsus des annexes à travers la rupture des parois vaginales, par Cousins. (*Brit. med. j.*, 27 juillet.) — De la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope, par Vaucher. (*Thèse de Lyon.*) — Papillomes kystiques des ovaires simu-

lant des môles vésiculaires, par Veit. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 déc. 1894.) — Ovaires kystiques, laparotomie, par Berry. (*N.-York. med. j.*, 17 août.) —Kyste dermoïde de l'ovaire, par Liaras. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 juillet.) — Kyste de l'ovaire suppurée chez une femme de 73 ans, ovariotomie avec résection intestinale et suture de la vessie, guérison, par Bœckel. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Tumeur complexe de l'ovaire, kyste dermoïde et endothéliome, par Lannelongue et Faguet. (*Ibid.*, 10 août.)— Ovariotomie double pour kystes, chez une fille de 21 ans, ayant un développement exagéré du système pileux, par Michel Trucco et Alb. Rotten. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 février.) — Kyste ovarique de 80 livres, chez une jeune fille de 17 ans, ablation, guérison, par Cullingworth. (*Lancet*, 1er juin.) — Kyste dermoïde de l'ovaire, par Sargnon. (*Lyon méd.*, 25 août.) — Histologie du parovarium et des kystes du ligament large, par Ampt. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 août.) — Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale, par Cazenave. (*Thèse de Paris.*) — Papillome et kystes papillomateux de l'ovaire, par Freeborn. (*Amer. j. of Obst.*, juin.) — Des kystes dermoïdes de l'ovaire, par Jalhiet. (*Thèse de Lyon.*) — Kystes dermoïdes symétriques des deux ovaires, torsion du pédicule du kyste droit, par Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 7 juin.) — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, par Guichard. (*Thèse de Lyon.*) — Fibrome de l'ovaire remarquable par son volume (tête d'adulte) et l'absence d'ascite. Laparotomie. Guérison, par Schonheimer. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 nov. 1894.) — Deux cas d'endothéliome des ovaires, par L. Pick. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 et 12 nov. 1894.) — Un cas de sarcome de l'ovaire, par Langer. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 3.) — Sur les parasites dans un cas de cancer de l'ovaire, par W.-J. Müller. (*Vratch*, 16 février.) — Carcinome de l'ovaire ayant déterminé une obstruction intestinale, par Chavannaz. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mai.) — Du carcinome de l'ovaire, par Vignes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Ovariotomie chez des femmes au-dessus de 80 ans, par Remfry. (*Lond. obs. Soc. Trans.* XXVII, p. 155.) — Ligature dans l'oophorectomie, par Penrose. (*Americ. j. of Obst.*, août.) — De la parotidite et des psychoses après l'ovariotomie, par Everke. (*Deut. med. Woch.*, 16 mai.) — L'oophorectomie vaginale, par Thomas. (*J. Amer. med. Ass.*, 6 avril.)

P

Palais. — Du cancer primitif du voile du palais et de la luette, par Mouri (*Thèse de Bordeaux.*) — Staphylorraphie, par Cole. (*N.-York med. j.*, 11 mai, p. 600.)

Padulisme. — Infection malarique expérimentale chez l'homme et chez les animaux, par di Mattei. (*Arch. per le sc. med.* XIX, 1.) — Les parasites de la malaria et des fièvres paludiques, par Thin. (*Lancet*, 6 juillet.)—Causes de la disparition des fièvres palustres dans le haut Limousin, par Albert. (*Thèse de Lyon.*) — Les fièvres paludéennes dites pernicieuses, leur prophylaxie, par Catrin. (*Gaz. hebd. Paris*, 25 mai.) — Diagnostic de la malaria, par la présence de parasites dans le sang, par Kilroy. (*Boston med. Journ.*, 8 août.) — De la malaria à Chicago, par Quine. (*J. Americ. med. Ass.*, 18 mai.) — Tuméfaction considérable de la rate dans un cas d'impa-

ludisme ignoré, par GALLIARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 31 mai.) — Observation de fièvre intermittente tierce, d'origine parisienne, avec hypertrophie considérable de la rate, par DU CAZAL. (*Ibid.*, 24 mai.) — Melœna, complication du paludisme, par MASON. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Pneumonie aiguë ou broncho-pneumonie paludéenne, par GEOGO. (*Thèse de Paris.*) — Fièvre intermittente larvée à forme paralytique, par L. MERCIER. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, 1, p. 39.) — Etude statistique sur les complications de la malaria, par ANDERS. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 juin.) — Notes sur une épizootie des buffles, sur la typho-malarienne et la bilieuse hématurique, par YERSIN. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Traitement de la fièvre intermittente, par AUFRECHT. (*Ther. Monats.*, juillet.) — Note sur le traitement de la malaria, par KLEIN. (*Bull. gén. de thérap.*, CXXVIII, p. 445 et 494.) — Du traitement des fièvres intermittentes et de la cachexie paludéenne, par VERRIER. (*France méd.*, 28 juin.) — Sur l'action de la teinture de buis dans certaines formes de fièvres intermittentes d'origine hépatique, par GADOT. (*Thèse de Paris.*) — Traitement des accidents hépatiques d'origine paludéenne, par A. ROBIN. (*Bull. gén. de thérap.*, CXXVIII, p. 548.) — Traitement de l'hématurie paludique, par HARE. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.)

Pancréas. — Sur l'existence de nouveaux bourgeons pancréatiques accessoires tardifs, par LAGUESSE. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Sur l'excitabilité sécrétoire spécifique de la muqueuse du canal digestif. L'acide comme stimulant de la sécrétion pancréatique, par DOLINSKY. — L'inefficacité des irritants locaux comme stimulants de la sécrétion pancréatique, par SCHIRSKIKH. — Activité sécrétoire de l'estomac du chien, par KHIGINE. (*Arch. sc. biol. St-Pétersbourg*, III, 5.) — De la maladie dite hémorragie pancréatique, par DURAND. (*Thèse de Paris.*) — Un cas d'hémorragie du pancréas, par CUTLER. (*Boston med. Journ.*, 11 avril.) — Traitement chirurgical de la pancréatite; un cas de dégénérescence graisseuse du pancréas; laparotomie, mort, par ELLIOT. (*Ibid.*, 11 avril.) — Sur un adénome acineux du pancréas avec pancréatite fibreuse d'origine syphilitique, par CESARIS-DEMEL. (*Giorn. Acad. Medic. Torino*, 3 et 4, p. 199.) — Les manifestations hépatiques du cancer du pancréas, par COCHEZ. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Affection maligne du pancréas, par RANKIN. (*Brit. med. j.*, 11 mai.)

Pansement. — Le service des premiers secours et transport de malades et blessés, à Berlin, par George MEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 oct. 1894.) — Soins aux opérés et aux blessés, par FORGUE. (*Semaine méd.*, 15 juin.) — Asepsie opératoire, instruments et pansements, par DESPAGNET. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Traitement des plaies infectées, par STEINMETZ. (*Deut. Zeit. f. Chir.* XLI, 1.) — Du traitement des plaies par la lorétine, par TRNKA. (*Wiener med. Woch.*, 18 mai.) — Du choix des éponges, de leur emploi en chirurgie, par POLLET. (*Thèse de Paris.*) — Stérilisation des matériaux de pansement, par TURNER et KRUPIN. (*Deut. med. Woch.*, 23 mai.) — Usage de la créosote dans les pansements, par R. R. WREDEN. (*Vratch*, 13 avril.) — Démonstration à la clinique chirurgicale de Munich. Une nouvelle étoffe de pansement remplaçant la soie, par ZIEGLER. (*Münch. med. Woch.*, 13, p. 287.) — Sur un nouveau bouilleur pour instruments, une nouvelle lampe à alcool transportable, avec remarque sur le soin des instruments métalliques, par IHLE. (*Ibid.*, 11 et 12, p. 241 et 264.) — Désinfection du catgut, par SCHIMMELBUSCH et SAUL. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 sept. 1894.) — De la suppuration par le catgut, par LAUENSTEIN. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.)

Paralysie. — Paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine corticale, par Bouchaud. (*Rev. de méd.*, juin.) — Paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine syphilitique, par Van Gehuchten. (*Policl. Bruxelles*, 1er avril.) — De la paralysie cérébrale spasmodique de l'enfance, par Ganghofner. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 2 et 3.) — Deux cas de paralysie spinale spasmodique, par Lapinsky. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.) — Marche et sauts sur les mains dans un cas de paralysie infantile, par Joachimsthal. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 janvier.) — Formes de paralysie diplégique chez l'enfant, par Muratoff. (*Deut. Zeit. f. Nervenh.*, VII, 1 et 2.) — De la paralysie familiale paroxystique, par Goldflam. (*Ibid.*, VII, 1 et 2.) — Désarticulation du genou pour paralysie infantile, par Thévenon. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Sur un cas d'hémiatrophie de la face et du membre supérieur, avec paralysie faciale du même côté, par Marie et Marinesco. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 février.) — Sur le phénomène du diaphragme dans quelques hémiplégies, par Féré. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — Contribution à l'étude de l'hémiplégie transitoire, par Borde. (*Journ. méd. Bordeaux*, 5 mai.) — Paralysie du grand dentelé datant de l'enfance, par Galliard et Rabé. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars.) — Paralysie toxique, par Axtell. (*N.-York med. j.*, 27 juillet.) — Paraplégie traumatique du muscle droit externe, par H. Armaignag. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 mai.) — Guérison rapide, par transfert, d'une ancienne paralysie d'origine diphtérique, par Luys. (*Semaine méd.*, 24 juillet.) — Pathogénie de la maladie de Parkinson, une autopsie, par de Grazia. (*Riforma med.*, 25 mars.)

Paralysie générale. — Étiologie de la paralysie générale progressive, par Lagrange. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale, par Delmas. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur les modifications du système nerveux central dans la paralysie générale, par Kaes. (*Allg. Zeit. f. Psych.*, LI, 5.) — La diminution du poids du cerveau dans la paralysie générale, par Mercier. (*Ann. suisses sc. méd.*, II, 9.) — Tabes et paralysie générale, par Hannion. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 juin.) — Troubles de la mimique chez les paralytiques généraux, par Jourdin. (*Thèse de Lyon.*) — De la paralysie vaso-motrice dans ses rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux, par Klippel et Dumas. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Du réflexe crémastérien aux trois périodes de la paralysie générale, par Marandon de Montyel. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Atrophie musculaire dans la paralysie progressive, par Hoche. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 septembre 1894.) — Insuffisance aortique au cours d'une paralysie générale avec symptômes de tabes, par Lévi. (*Soc. anat. Paris*, avril, p. 328.) — Cas de parésie générale, étude de la température, du pouls et de la respiration, par Parsons. (*Journ. of nerv. dis.*, juillet.) — Rapports entre la néphrite chronique et la paralysie générale, par Bristowe. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Relations cliniques et pathologiques de la paralysie générale, par Farrar. (*Ibid.*) — Paralysie générale chez une fille de 9 ans et demi, par Dunn. (*Ibid.*)

Parole. — Du bégaiement et autres troubles de la parole, traitement d'après des principes physiologiques, par Colman. (*Lancet*, 8 juin.)

Pathologie. — Étude critique sur le tempérament, par Faugère. (*Thèse de Bordeaux.*)

Paupière. — Une variété d'orgeolet, par Valude. (*Bull. méd.*, 21 juillet.) — Blépharite et pyoktanine, par Gallemaerts. (*Policl. Bruxelles*, 15 mars.) — Traitement mécanique du trachome combiné avec des lotions de sublimé,

par GEIGER. (*Wiener med. Woch.*, 6 juillet.) — Sur les lésions du tarse dans le trachome, par W.-K. SCHONBERG. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — — Un cas de blépharospasme tonique, simulant le ptosis, par PERSHING. (*Americ. med. Bull.*, 1er juin.) — Guérison du symblépharon par la greffe de la muqueuse buccale, par DRANSART. (*Bull méd. Nord*, 14 juin.) — Résultat de l'opération de l'entropion et du ptosis, par les procédés de Gilles de Grandmont, par BOURGEOIS. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Blépharoplastie, par LANDOLF. (*Ibid.*) — De la blépharoplastie, par UTHOFF. (*Deut. med. Woch.*, 25 juillet.) — Un cas d'auto-inoculation de carcinome mélanique de la paupière, par VENNEMAN. (*Ann. Soc. Belge chir.*, 15 juillet.)

Peau. — Le tissu élastique de la peau et des muqueuses normales et pathologiques, par AUDRY. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 mars.) — Sur le tissu adipeux, par SACK. (*Ann. de dermat.*, VI, 5.) — Analyse qualitative et quantitative des microbes de la peau de l'homme sain, par A.-Th. WYGOURA. (*Vratch*, 6 avril.) — Etude histologique sur le liquide des vésicules et des bulles, par LEREDDE et PERRIN. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Sur le traitement hospitalier des maladies de la peau, à St-Pétersbourg, par O.-W. PETERSEN. (*Vratch*, 9 mars.) — De la pyodermite, acné et séborrée, par LELOIR. (*Monats. f. Prakt. Dermat.*, XX, 10.) — Des microorganismes de la sébrée, par VAN HOORN. (*Ibid.*) — Pyodermite impétigineuse de la face, stomatite, adénophlegmon du cou, albuminurie, par FEULARD. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Sur une folliculite granuleuse de la peau, par AUDRY. (*Ibid.*, 11 juillet.) — Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives, par DU CASTEL. (*Ibid.*, 19 avril.) — A propos d'une autopsie de maladie de Duhring, par GASTOU. (*Ibid.*, 18 avril.) — Dermatite serpitiforme, par GAUCHER, BARBE et CLAUDE. (*Ibid.*, 13 juin.) — Anatomie pathologique de la dermatose de Duhring, par LEREDDE et PERRIN. (*Ann. de dermat.*, VI, 4.) — Traitement de quelques maladies hyperkératosiques de la peau, par EHRMANN. (*Wiener med. Blätter*, 22.) — Hyperkératose excentrique, par MIBELLI. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 2.) — Deux cas de mélanodermie de symptomatologie semblable, mais de causalité différente, par BARTHÉLEMY. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Sur une hyperkératose plantaire et palmaire localisée aux orifices sudoripares, et sur le rôle des orifices glandulaires dans les néoformations épidermiques, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, 9 mai.) — De la gangrène multiple cutanée neurotique, par JOSEPH, (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 3.) — La maladie de Darier, développement des psorospermies dans la peau, par JARISCH. (*Ibid.*, XXXI, 2.)— Hirsutie congénitale, avec hémiatrophie et mélanosarcome, par HENNIG. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 1.) — De la résorption angioplastique de l'épithélium cutané, par AUDRY. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XXI, 4.) — Cas de sarcome pigmentaire primitif de la peau, par M.-W. CAZANSKI. (*Vratch*, 20 avril.)

Pellagre. — Pellagre sporadique, par GAUCHER et BALLI. (*Soc. de dermat.*, 11 juillet.)

Pemphigus. — Pemphigus foliacé chez une femme de 52 ans, par DIND. (*Rev. méd. Suisse romande*, XV, nº 2, p. 107.) — Pemphigus prurigineux, par DUBS. (*N.-York med. j.*, 8 juin.) — Pemphigus et pemphigoïdes, par TOMMASOLI. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 2.) — Prédisposition héréditaire à la formation traumatique de vésicules, ou pemphigus héréditaire chronique, par HOFFMANN. (*Münch. med. Woch.*, 3 et 4, p. 45 et 73.)

Péritoine. — Sur les ligaments suspenseurs du péritoine, par Byron ROBINSON. (*J. Americ. med. Ass.*, 13 avril.) — De la résorption péritonéale, par

Schnitzler et Ewald. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.) — Du flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux, par Bard. (*Lyon méd.*, 28 juillet.) —Infection péritonéale post opératoire à staphylocoques, par Pichevin et Petit. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Péritonite diffuse appendiculaire, incision, guérison, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 12 août.) — De la péritonite à pneumocoque primitive ou isolée, par Degos. (*Thèse de Bordeaux.*) — Six cas de péritonites généralisées (5 chez des enfants) guéries par le traitement médical, par L. Revilliod. (*Rev. méd. Suisse romande*, XIV, p. 561.) Péritonite, laparotomie, guérison, par E. Patry. (*Ibid.*, XV, 1, p. 42.) — Recherches expérimentales sur les éléments du contenu intestinal actif, dans la production de la péritonite par perforation, par W. Silberschmidt- (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Péritonite, nature et trai tement, par Shaw. (*Trans. obst. soc. London*, XXXVII, p. 10.) — Péritonite tuberculeuse, diagnostic, traitement, par Clavier. (*Thèse de Paris.*) — Du drainage de la cavité péritonéale, par Gubaroff. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 2.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré, par Catrin. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 mai.) — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère, par Gross. (*Bull. méd.*, 9 juin.) — Diagnostic des tumeurs du péritoine, par Benckiser. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 juin.) — Diagnostic du sarcome rétro-péritonéal, par Lockwood. (*Lancet*, 25 mai.)

Peste. — La peste bubonique, par Yersin, Calmette et Borrel. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — La peste de Marseille en 1720, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.)

Pharmacologie. — Sur l'influence de l'état de jeûne et de satiété, sur l'absorption de quelques substances médicamenteuses dans l'estomac et sur leur élimination chez l'homme sain, par Malinine. (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1894.) — De l'action excito-sécrétoire de la morphine sur les glandes salivaires et sudoripares, par Guinard. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — Recherches de pharmacodynamie comparée sur les actions cardiaques de la morphine, par Guinard. (*Ibid.*, 18 mai.) — Modifications de la vitesse du courant sanguin par la morphine, mécanisme des effets circulatoires produits par ce médicament, par Guinard. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Action de la morphine sur le péristaltisme intestinal, par Guinard. (*Lyon méd.*, 28 juillet.) — De l'anarcotine, alcaloïde de l'opium, par Roberts. (*Brit. med. j.*, 17 août.) — Sur l'hélénine comme médicament, par Audignon. (*Thèse de Bordeaux.*)— Principes actifs du m'boundoun, par Gautret et Lautier. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Influence de l'atropine sur la respiration, par Levison. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 sept. 1894.) — Action de la caféine sur la pression sanguine, par Vinci. (Broch. *Palerme.*) — Pharmacologie et observations cliniques sur la caféine, par Ferrara. (*Amer. med. Bull.*, 1er avril.) — La pyridine dans les produits de la torréfaction du café, par Monari et Scoccianti. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur l'action de la pseudo-jusquiamine, par Buonarotti. (*Ibid.*, XXIII, 1 et 2.) — Huile de strophantus et acide strophantique, par Ottolenghi. (*Ibid.*, XXIII, 3.) — Sur les alcaloïdes des cannabis indica et sativa, par Marino-Zuco et Vignolo. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Sur un nouveau curare extrait d'une plante exotique, par Duquesnel et Millot. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Sur la chrysanthémine, par Marino-Zuco. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) Sur l'absorption de l'abrine par les muqueuses, par Répin. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 6.) — De la lorétine et de son mode d'action, par Claus. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 211.) — Recherches sur la pipérazine, par Heermann. (*Therap. Monats.*, juillet.) — L'essence des mélaleuques, par Forné. (*Arch.

de méd. nav., mai.) — Neutralisation des huiles végétales, par ROUHAUD. (*Ibid.*) — Dosage de l'oxyde de zinc dans le zinc, par LALANDE. (*Ibid.*) — Les huiles animales dans la nouvelle pharmacopée, par SYMES. (*Dublin Journal*, 1er juin.) — Observations de toxicologie comparée sur l'action de l'hydroquinone, par B. DANILEWSKY. (*Arch. für exper. Path. u. Pharm.*, XXXV, p. 105.) — Etude pharmacologique de l'analgène et des produits dérivés, par MAASS. ((*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Sur la production de l'ozone concentré et ses effets bactéricides, par D'ARSONVAL. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — Action physiologique de l'arecoline, par LAVAGNA. (*Therap. Monats.*, juillet.) — De l'argonine, par LIEBRECHT. (*Therap. Monats.*, juin.) — Effets antipyrétiques et hypothermiques des badigeons de gaïacol, par PASSOW. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 déc. 1894.) — Sur les propriétés antiseptiques du vératrol de synthèse, par SURMONT et VERMESCH. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Action de la toluylénediamine, par HUNTER. (*Journ. of path. and bact.*, III, 3.) — Pharmacologie du groupe safrol, par HEFFTER. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 4 et 5.) —Recherches sur le trional, par Th. BEYER. (*Wiener med. Blätter*, 25.) — Du sulfonal, par WOLTERS. (*Thèse de Bordeaux.*) — Comparaison entre le sulfonal et le trional, par WEBBER. (*Boston med. Journ.*, 23 mai.) — Toxicité de la phénacétine, par CERNA. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 mai.) — Sur le menthol camphré, par BISHOP. (*Ibid.*, 4 mai.) — Matériaux pour la pharmacologie de l'émétine, par N.-N. TOKAREW. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Sur l'acide polystichique, par E. POULSSON. (*Arch. für exper. Path. u. Pharm.*, XXXV, p. 97.) — Du salophène, par WATERS. (*N. York med. j.*, 25 mai.) — Sur l'antipyrine, par DELISLE. (*Thèse de Paris.*) — De l'action hypnotique du chloralose, par MARANDON DE MONTYEL. (*Rev. de méd.*, mai.) — Action physiologique de la phlorhizine, par COOLEN. (*Arch. de pharmacodynamie*, I, 4.) — De l'emploi du cuivre en pharmacologie, par ROBERT. (*Deut. med. Woch.*, 1 et 3.) — L'emploi et la résorption de la chaux, par REY. (*Arch. f. exper. Path.*, XXXV, 4 et 5.) — Sur l'absorption de la ferratine et son action biologique, par MARFORI. (*Ann. di chimica*, XXI, 1, et *Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Dosage du fer dans les recherches physiologiques, par LAPIQUE. (*Thèse de Paris.*) — Action du formol sur les tissus, par PILLIET. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Action comparée des sels de cadmium et de zinc, par ATHANASIU et LANGLOIS. (*Ibid.*, 18 mai et 29 juin.) — Sur l'action désinfectante de l'iodoforme, par GIRMOUNSKI. (*Vratch*, 13 juillet.) — Biologie du phosphore, par N.-Z. OUMIKOW. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — De la valeur du magistère de soufre, par BARRIER. (*Thèse de Paris.*)

Pharynx. — Sur la signification morphologique de la poche pharyngienne de Sœssel, par SAINT-RÉMY. (*Soc. de biol.*, 1er juin.) — L'examen bactériologique de la gorge dans quelques fièvres, par SYMES. (*Lancet*, 24 août.) — De la pharyngite sèche, par DANET. (*Rev. de laryng.*, 15 juillet.) — Des pharyngites chroniques, leur traitement par le phénol sulforiciné, par BLONDIAU. (*Ibid.*, 15 juillet.) — Du catarrhe naso-pharyngien, par MOURE. (*Arch. clin. Bordeaux*, mars.) — Tumeurs adénoïdes chez l'enfant, par SMITH. (*Lancet*, 25 mai.) — Sur les tumeurs adénoïdes du pharynx, par ALLEN. (*Med. News*, 22 juin.) — Hémorragie secondaire consécutive à l'ablation de végétations adénoïdes, par BEAUSOLEIL. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Traitement médical des végétations adénoïdes, par MARAGE. (*Bull. méd.*, 3 avril.) — Du traitement des végétations adénoïdes par la résorcine, par CHAUMIER. (*Semaine méd.*, 10 août.) — L'opération des tumeurs adénoïdes, par KREBS. (*Therap. Monats.*, juin.) — Des tumeurs adénoïdes, leur traitement chirurgical, résultats opératoires, par Mme MAGNUS. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de phleg-

mon du naso-pharynx, par Roth. (*Wiener med. Presse*, 14 juillet.) — Syphilide ulcéreuse du pharynx, par Ravogli. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, XXI, 3.) — Tuberculose miliaire de l'arrière-gorge, par Delore. (*Lyon méd.*, 21 juillet.) — Des tumeurs bénignes du pharynx buccal et inférieur, par Pussacq-Larcebau. (*Thèse de Bordeaux.*) — Polype, fibro-sarcome de l'orifice de la trompe d'Eustache, par Haug. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXXVIII, 3.) — Angiome du pharynx, par Anderson. (*Brit. med. j.*, 13 juillet.) — Tumeurs rares du naso-pharynx, par Castex. (*France méd.*, 7 juin.) — Fibrome de la paroi postérieure du pharynx, par Ficano. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 5.) — Tumeurs fibreuses du naso-pharynx et méthode de traitement à l'aide de l'électro-cautère, par Goodwillie. (*Rev. int. de rhin.*, V. 9.) — Sarcome du pharynx, par Delmas. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.)

Physiologie. — Classification rationnelle des appareils physiologiques de l'organisme, par Litinski. (*Thèse de Paris.*) — Le chat au point de vue de l'expérimentation physiologique (mœurs, manière de vivre, façon de manier les chats, par Max Levy-Dorn. (*Cent. f. Physiol.*, IX, p. 97.)

Pied. — De la talalgie, par Brousse et Berthier. (*Rev. de chir.*, août.) — La maladie de Morton, par Bosc. (*N. Montpellier méd.*, n° 3 (*Supp.*) p. 169.)— L'arcade antérieure tranverse du pied, son oblitération cause de métatarsalgie, par Goldthwait. (*Trans. Americ. orthop. assoc.*, VII, p. 82, et *Boston med. journ.*, 6 juin.) — De l'hallus valgus, par Boniface. (*Thèse de Paris.*) — 5 cas d'orteil en marteau opérés et guéris au moyen de l'ostéotomie cunéiforme, par Péraire. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Nouvelle méthode de traitement du pied plat, par Schultze. (*Deut. med. Woch.*, 11 juillet.) — Traitement orthopédique du pied plat valgus douloureux, par Martin. (*Rev. d'orth.*, 1er mai.) — Pied plat valgus douloureux, par Kirmisson. (*Bull. méd.*, 5 juin.) — Anatomie et traitement des pieds bots, par Mauclaire. (*Ibid.* 28 août.) — Pied-bot varus grave invétéré ; tarsectomies ; guérison, par Adenot. (*Mercredi méd.*, 17 avril.) — L'obliquité du col de l'astragale dans le pied bot varus équin congénital ; son mode de mensuration, par Kirmisson et Charpentier. (*Rev. d'orthop.*, 1er juillet.) — Traitement du pied bot, par Phocas. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Résultats éloignés de la tarsectomie postérieure cunéiforme dans le traitement des pieds bots varus équins congénitaux anciens, par Gross. (*Ibid.*) — Traitement de l'inversion du membre après la guérison du varus équin, par Swan. (*Brit. med. j.*, 15 juin.) — Le traitement radical du pied bot équin chez l'enfant, par Owen (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, VII, p. 43.) — Tarsoclasie, par Grattan. (*Ibid.*) — Abus de l'opération de Phelps, par Moore. (*Ibid.*, p. 53.) — Méthode de Phelps pour le varus équin, résultats, par Kaptein. (*Ibid.*, p. 62.) — *Idem*, par Wirt. (*Ibid.*, p. 65.) — Traction élastique pour le pied bot infantile, par Bartow. (*Ibid.*, 71.) — Réflexions sur l'ongle incarné, quelques-unes de ses causes, sa cure radicale, par Dardignac. (*Rev. de chir.*, mai.) — Étude clinique et anatomique de la verrue plantaire, par Dudreuilh. (*Ann. de dermat.*. VI, 5.)

Pityriasis. — 2 cas de pityriasis rubra pilaris, par Wickham. (*Soc. de derm.*, 11 juilllet.)—3 nouveaux cas de pityriasis rubtra pilaire, par Méneau. (*Ibid.*, 20 avril.)

Placenta. — Développement du placenta, discussion. (*Obst. soc. London*, 3 juillet.) — Du placenta marginé, par Schwab. (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Lésions placentaires, par A. Martin. (*Normandie méd.*, 1er juin.) — Nomenclature du placenta prævia, par Hofmeier. (*Cent. f. Gynaek.*, 8 juin.)—

Diagnostic du siège du placenta, par Muellerheim. (*Ibid.*, 25 mai.) — La pression atmosphérique peut-elle être considérée comme une cause de rétention placentaire? par Lavergne. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Placenta retenu dans l'utérus pendant un an ; hémorragie ; irrigation, par E. Gallant. (*Med. Record*, 18 mai.) — Hémorragie par rupture du sinus circulaire d'un placenta normalement inséré, par Hirigoyen. (*Mercredi méd.*, 3 juillet.) — Un cas de placenta prævia, par Virden. (*Med. Record*, 29 juin.) — Placenta prævia ; mort après délivrance, par Harrison. (*Ibid.*, 20 avril.) — Traitement du placenta prævia par le tamponnement vaginal, par Hirigoyen. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Des méfaits du tamponnement vaginal dans le placenta prævia démontrés par les statistiques récentes de ses partisans, par Abd el Nour. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, par Demelin. (*Journ. des Prat.*, 24, p. 369.)

Plaie. — Des conditions de la guérison des plaies, par A. Wolfler. (*Prager med. Woch.*, 20.) — Bactériologie des plaies par armes à feu, fraîches, par Faulhaber et Habert. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1102.) — Les plaies de jambes, étiologie et mécanisme, par Huguet. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Observations de morsures d'hyènes à Nioro (Soudan), par Suard. (*Arch. de méd. nav.*, juillet.) — Coup de feu par revolver, à la face, par Depasse (*Ibid.*, juillet.)

Plèvre. — Étiologie des pleurésies, par Thue. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 mai, et *Norsk Magazin*, mars.) — Recherches bactériologiques sur les pleurésies, par Th.-K. Weber. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Sur une nouvelle réaction pour le diagnostic chimique différentiel entre les exsudats séreux et les simples transsudats, par Rivalta. (*Riforma med.*, n° 96, p. 243.) — Anatomie pathologique des muscles de la respiration dans les pleurésies aiguës, par A. Chouriguine. (*Vratch*, 6 avril.) — Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse, par G.-H. Lemoine. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mars.) — Des pleurésies séro-fibrineuses (classification, diagnostic, pronostic), par Fernet. (*Ibid.*, 22 fév.) — De la symphyse pleurale, par Potain. (*Semaine méd.*, 29 mai.) — Sur la pleurésie dans ses relations avec la péritonite généralisée, par A. Tilger. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 3.) — Pleurésie à proteus, influence de la grossesse sur l'infection, influence de l'infection sur les nouveau-nés, par Charrin et Nobécourt. (*Soc. de biol.*, 15 juin.) — Epanchement séreux de la plèvre, insuccès des ponctions, incision et drainage, par Morison. (*Brit. med. j.*, 13 juillet.) — Déplacement du cœur après la thoracentèse, par Cassaet. (*Arch. clin. Bordeaux.*, mars.) — Bactériologie clinique et thérapeutique des pleurésies purulentes, par K.-A. Kondratowitch. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Pleurésie purulente, par Verdelet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juin.) — Pleurésie purulente à streptocoques morts développée au cours d'une tuberculose pulmonaire, par Auché. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Tumeurs du cerveau et du cervelet, abcès cérébral consécutifs à une tumeur du poumon et à une pleurésie purulente, par Garofalo. (*Soc. lancisiana osped. di Roma*, 19 juin.) — Pleurésie purulente tuberculeuse, par Straus. (*Journ. des Prat.*, 17, p. 257.) — Pleurésie purulente grippale, empyème, par Moty. (*Bull. méd. Nord*, 14 juin.) — Traitement des vomiques par les eaux sulfhydriques calciques, par Bosc. (*N. Montpellier méd.*, IV, 21, p. 404.) — Pleurotomie exploratrice et résection de la plèvre costale, par Beck. (*N.-York med. j.*, 15 juin.) — Traitement de l'empyème, par Bonney. (*Boston med. j.*, 18 avril). Traitement de la pleurésie purulente par la trépanation costale, par Rey. (*Lyon méd.*, 23 juin.)

Poil. — Anomalie dans la couleur des cheveux, par Cantrell. (*Med. News*,

27 juillet.) — Chute des cheveux, pili annulati, par KIWULL. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 1 et 2.) — Des modifications histologiques produites par l'épilation électrique, par GIOVANNINI. (*Ibid.*, XXXII, 1 et 2.) — Alopécie des sourcils due à la kératose pilaire, par W. DUBREUILH. (*Journ. méd. Bordeaux*, 1er juillet.)

Poumon. — De la congestion idiopathique du poumon chez l'adulte, par MORINGLANE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Congestion pulmonaire et matité pleurétique, par BRODIER. (*Méd. moderne*, 3 juillet.) — De l'œdème pulmonaire, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Discussion de la Société médicale de Berlin, sur les indurations inflammatoires du poumon, à propos du travail de A. FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 fév.) — Anatomie pathologique de la pneumonie aiguë hyperplasique, par BRET. (*Province méd.*, 16 fév.) — Pneumonie, ses rapports avec la grippe, par PORTEOUS (*N.-York med. j.*, 11 mai.) — De la pneumonie congestive, par POTAIN. (*Bull. méd.*, 25 août.) — Des névralgies dans la pneumonie croupale, par SEUBERLICH. (*Thèse d'Iéna.*) — Endocardite végétante mitrale d'origine pneumonique, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 juin.) — Délire transitoire de la crise dans la pneumonie, par GRASSET. (*N. Montpellier méd.*, n° 24, p. 465.) — Pneumonie double à pneumocoques au cours d'une fièvre typhoïde, par H. MEUNIER. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Sur la pneumonie abortive, par COOKE. (*Amer. med. Bull.*, 1er juin.) — Pneumonie infectieuse avec complications multiples terminée par induration, par REYNIER. (*Méd. moderne*, 17 juillet.) — Traitement spécifique de la pneumonie, par DE DUPLAA DE GARAT. (*Gaz. des hôp.*, 27 août.) — Traitement de la pneumonie, par INGRAHAM. (*N.-York med. j.*, 18 mai.) — Traitement des inflammations de l'appareil respiratoire, par SEARS. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er juin.) — Traitement de la pneumonie lobaire aiguë, par GUNDRUM. (*Therap. Gaz.*, 15 mai.) — La glace dans le traitement de la pneumonie, par C. ENGEL. (*Med. Record*, 28 avril.) — Traitement de la pneumonie aiguë par la glace, par SMITH. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — Pneumonie et bains froids, par WEHLIN. (*Journ. des Prat.*, n° 3 (2e série), p. 42.) — Le bain froid dans la pneumonie chez les enfants, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 17 mai.) — Un cas de pneumonie traité avec succès par les applications froides, le gaïacol et la strychnine, par WORTHINGTON. (*Med. Record*, 5 juillet.) — Du traitement de la pneumonie par les badigeonnages de gaïacol, par BOISSAT. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose, par FRANC. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Contusion de la poitrine par coup de pied de cheval sans fracture de côtes, vaste épanchement de sang intrapulmonaire, mécanisme de ces lésions, par SOURDILLE. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Abcès du poumon, drainage et iodoforme, par WEBB. (*Lancet*, 29 juin.) — Casuistique et technique des autopsies des abcès du poumon, par KOUDINTZEFF. (*Vratch*, 13 juillet.) — De la gangrène du médiastin et de la gangrène pulmonaire consécutive, par NEVEUX. (*Thèse de Paris.*) — Luxation et arrachement de la première articulation chondro-sternale suivie de perforation du poumon, par LE FUR. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Ostéo-arthopathie hypertrophique pneumique, par SPRINGTHORPE. (*Brit. med. j.*, 8 juin.) — Du pneumothorax sans perforation, par LÉVY. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 4 et 5.) — Contribution au diagnostic des pneumothorax partiels du côté gauche, par GALLIARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 fév.) — Contribution à l'étude du pneumothorax. Procédés chimiques pour mesurer la tension des gaz et leur teneur en acide carbonique, par Henri MEUNIER. (*Arch. gén. de méd.*, mai.) — Sarcome pleuro-pulmonaire, par DE RENZI. (*Riforma med.*, n° 84, p. 99.) — Du pneumocoque en pathologie oculaire, par CUÉNOD. (*Soc. franc. d'opht.*, 6 mai.)

Prostate. — Sur l'examen de la prostate, par Verhoogen. (*Polic. Bruxelles*, 1er mai.) — Traitement des abcès de la prostate par l'incision rectale, par Lafont. (*Thèse de Paris.*) — Diagnostic et traitement de la prostatite chronique, par De Keersmaecker. (*Ann. Soc. belge chir.*, 15 avril.) — Du diagnostic et du traitement de la prostatite chronique, par le même. (*Bull. soc. Anvers*, avril.) — Traitement précoce de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curetage de la prostate, par Feuchère. (*Thèse de Paris.*) — Cure radicale de l'hypertrophie prostatique, par Tourlet (*Thèse de Paris.*) — De la castration dans l'hypertrophie de la prostate, par F. Ramur. (*Norsk Magazin*, janv.) — D'une hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine, guérie par castration, par Fr. Koren et A. Koren. (*Ibid.*, janv.) — Effets de la castration unilatérale sur la prostate, par Morton. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — Castration pour hypertrophie de la prostate, par Fleming. (*Ibid.*, 25 mai.) — Effets de la castration bilatérale pour l'hypertrophie de la prostate, par Fenwick. (*Ibid.*, 16 mars.) — État d'une prostate hypertrophiée 18 jours après la castration, par Griffiths (*Ibid.*) — Castration double pour hypertrophie de la prostate, par Alexander. (*N.-York med. j.*, 11 mai.) — Ablation du lobe moyen de la prostate chez un homme de 76 ans, par Cox. (*Ibid.*, 1er juin.) — Castration pour hypertrophie prostatique, par Bryson. (*Ibid.*, 3 août.) — Castration pour l'hypertrophie prostatique, par Spencer. (*Med. News*, 25 mai.) — 2 cas de castration pour hypertrophie de la prostate, par Levings. (*Ibid.*, 17 août.) — Castration pour hypertrophie prostatique, par Kümmell. (*Berlin. Klinik.*, août.) — Guérison de l'hypertrophie prostatique par la torsion et la ligature des conduits séminifères, par Isnardi. (*Cent. f. Chir.*, 13 juillet.) — Crises très graves de suffocation survenues chez un malade atteint de carcinome de la prostate; mort brusque pendant l'une de ces crises, par Dubuc. (*France méd.*, 26 juillet.) — Du cancer de la prostate, par Julien. (*Thèse de Paris.*)

Protozoaire. — Sur quelques protozoaires des selles de l'homme, par G. Piccardi. (*Prog. méd.*, 8 juin.)

Prurigo. — Prurigo simplex, par Brocq. (*Monats. f. prakt. Derm.*, XX, 12.)

Psoriasis. — Notes cliniques sur le psoriasis; pronostic et traitement, par Bulkley. (*J. Americ. med. Ass.*, 11 mai.) — Le psoriasis, par Thibierge. (*Ann. de méd.*, 19, p. 145.) — Salycine et salycilates dans le traitement du psoriasis et des affections cutanées, par Crocker. (*Lancet*, 8 juin.) — Traitement du psoriasis, par Robinson. (*Ibid.*) — 2 cas de psoriasis traités par les injections mercurielles, par Brault. (*Soc. de Dermat.*, 11 juillet.) — Psoriasis, 2 cas traités par le baume de copahu, par Cantrell. (*Ther. Gaz.*, 15 juin.)

Psychologie. — Théorie physique de la pensée, par Nicati. (*Marseille méd.*, 15 août.) — L'état mental prédisposant aux maladies organiques, par Brown. (*Med. News*, 27 juillet.)

Psychose. — Les psychoses de la vieillesse, par Ritti. (*Gaz. hebd. Paris*, 10 août.) — Glycosurie et psychoses, la glycosurie transitoire chez les aliénés, par Toy. (*Thèse de Lyon.*) — 4 cas types de mélancolie, par Kieffer. (*Med. News*, 15 juin.) — Les phobies, étude de psychologie pathologique, par Marret. (*Thèse de Paris.*) — De la genèse des hallucinations, par L. Kramer. (*Prager med. Woch.*, 16.)

Puerpéral (état). — Infection tardive dans l'état puerpéral, par Grandin.

(*Amer. j. of med. sc.*, juillet.) — Pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale, par F. Sorel. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Cas de septicémie puerpérale, par Currie. (*Boston med. j.*, 20 juin.) — Tuberculose et fièvre puerpérale, par Ricochon. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 mai.) — Traitement de la septicémie puerpérale, par Parvin, Lefour, etc. (*Bull. méd.*, 21 août.) — Drainage dans la septicémie puerpérale, par Davis. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Céliotomie pour septicémie et inflammations puerpérales, par Noble. (*Ibid.*, juin.) — Laparotomie pour septicémie puerpérale, par Baldy. (*Ibid.*, juillet.) — Traitement de la septicémie puerpérale, par Rapin. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Traitement curatif de l'infection puerpérale, par Pinard. (*Ibid.*, 21 août.) — Du curetage précoce de la septicémie puerpérale, par Marion. (*Boston med. journ.*, 30 mai.) — Du curetage dans les accidents de suites de couches, par Marmasse. (*Thèse de Paris.*) — Infection puerpérale traitée par l'écouvillonnage, par Dubrisay. (*France méd.*, 12 juillet.). — Septicémie puerpérale traitée au moyen du sérum anti-streptococcique, par Jacquot. (*Soc. de biol.*, 11 mai.)

Purpura. — Purpura hémorragique avec hémorragie cérébrale, par Newgarden. (*Med. News*, 3 juin.)

R

Rachis. — Cause de la rotation dans la scoliose, par Keetley. (*Lancet*, 20 juillet.) — Scoliose, par Lannelongue. (*Bull. méd.*, 31 juillet.) — Note pour servir à l'histoire de certaines scolioses anormales auxquelles on pourrait donner le nom de scolioses paradoxales, par Kirmisson et Sainton. (*Rev. d'orthop.*, 1er mai.) — Sur les résultats de l'extension dans le traitement de la scoliose, par V. Robin. (*Lyon méd.*, 5 mai.) — De la scoliose dans la sciatique, par Bregman. (*Wiener med. Woch.*, 29 juin.) — Traitement des scolioses fonctionnelles par la gymnastique, par Roberts. (*Brit. med. j.*, 6 juillet.) — Du redressement de la scoliose par le massage forcé, par Delore. (*Lyon méd.*, 30 juin.) — Deux appareils pour le traitement et l'examen des scolioses, par C. Hübscher. (*Corr. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 11 déc.) — Traitement de la cyphose habituelle, dos rond, par Dolega. (*Therap. Monats.*, mai.) — Fracture indirecte de la colonne dorsale, par Mermet. (*Soc. anat. Paris*, 31 mai.) — Luxation pathologique de la première vertèbre cervicale, par Lichty. (*Med. News.*, 29 juin.) — Mal de Pott sous-occipital, par Guérin. (*Journ. méd. Bordeaux*, 19 mai.) — Déformation de l'aorte dans le mal de Pott, par Bouchacourt. (*Rev. d'orth.*, 1er mai.) — Ponction du canal vertébral, par Caillé. (*N.-York med. j.*, 15 juin.) — Opération des tumeurs du canal rachidien, par Kuemmell. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 2.)

Rachitisme. — Sur les pigments chez les rachitiques, par de Coninck. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Sur un processus d'élimination chez les rachitiques, par le même. (*Ibid.*, 1er juin.) — Sur l'élimination de la chaux chez les rachitiques, par le même. (*Acad. des sc.*, 29 juillet.) — Sur l'élimination de la magnésie chez les rachitiques, par le même. (*Ibid.*, 27 mai.) — Rachitisme tardif, par Deydier. (*Thèse de Lyon.*) — Des manifestations nerveuses du rachitisme, par Szego. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 1.) — Affections broncho-

pulmonaires chez l'enfant rachitique, par Cadilhac. (*Thèse de Paris.*) — Difformités rachitiques, par Jacobi, Lee, Ketch, Willard. (*Trans. Americ. Orthop. Ass.*, VII, p. 159.) — Guérison spontanée des déviations rachitiques, par Veit. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.)

Rage. — Histiologie pathologique de la rage, par Germano et Capobianco. (*Ann. inst. Pasteur*, IX, 8.) — Statistique de la rage chez les animaux, en Belgique pour 1894. (*Mouvem. hyg.*, XI, 2, p. 55).

Rate. — La forme de la rate et des reins, par Cunningham. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Structure du reticulum de la rate chez le chat, par Carlier. (*Ibid.*, juillet.) — Influence de l'âge sur les conséquences de la splénotomie chez les rats, par Sabbattani. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Rate flottante chez un enfant paludique, par Proben. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Un cas douteux de rupture spontanée de la rate, par Steubel. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 97.)

Rectum. — De la rectite proliférante, par Fragnaud. (*Thèse de Paris.*) — Ulcères syphilitiques et autres maladies du rectum, par Haward. (*Lancet*, 15 juin.) — Colotomie iliaque gauche dans les rectites graves et ulcérations du rectum, par Tchaperoff. (*Thèse de Paris.*) — Perforations multiples du rectum et de l'S iliaque par empalement. Laparatomie, par A. Lambotte. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Blessure du rectum, péritonite mortelle, par Robert. (*Ann. de méd. mil.*, sept.) — Notes sur la chirurgie du rectum, par Pitts. (*Lancet*, 18 mai.) — La coeliotomie dans les cas de cancer du rectum, par Adler. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 20 juillet. — L'extirpation du rectum est-elle toujours justifiable? par Mathews. (*Ibid.*, 20 juillet.) — Extirpation et colotomie pour le cancer du rectum, par Adler. (*Med. News*, 20 juillet.) — Epithélioma du rectum chez un jeune homme de 21 ans. Extirpation par la taille sacrée (Kraske), par G. Mazzoni. (*Riforma med.*, nº 87, p. 135.) — Technique des opérations sacrées, par Borelius. (*Cent. f. Chir.*, 19 janv.) — Résultat final d'une résection du rectum pour cancer (femme de 62 ans, morte 18 mois plus tard de pérityphlite, sans trace de récidive) par E. Kummer. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 580.) — Un cas de cancer du rectum opéré par le procédé de Kraske, guérison complète, par Cramer. (*Münch. med. Woch.*, 4, p. 73.) — Résection du rectum pour tumeurs malignes, nouveau procédé, par Heuston. (*Brit. med. j.*, 25 mai.) — Moyen de remplacer l'absence du sphincter après l'amputation du rectum, par Rydygier (faire passer le bout d'intestin au-dessous du pyriforme et du fessier) (*Berlin klin. Woch.*, 22 oct. 1894.)

Réflexe. — Le réflexe rotulien dans le diagnostic, par Leszynsky. (*N.-York med. j.*, 29 juin.) — Réflexes pelviens chez l'homme, par Ransohoff. (*Americ. j. of Obst.*, mai.)

Rein. — Etude sur l'anatomie chirurgico-topographique des reins, par Kofmann. (*Wiener med. Woch.*, 30 mars.) — Sur la résorption rénale, par Huber. (*Thèse de Paris.*) — Sur un cas d'uretère double gauche observé chez un fœtus humain de 3 mois, par Soulié. (*Soc. de biol.*, 1er juin.) — De l'abouchement anormal des uretères, par A. Wolfler. (*Prager med. Woch.*, nº 22.) — Du rein sénile chez le chien, par Porcher. (*Arch. de méd. exp.*, VII, 4.) — Palpation du rein dans les maladies de la nutrition, par Glénard. (*Rev. mal. de la nutrit.*, 6, p. 32.) — Anatomie pathologique de la peau dans les néphrites chroniques, par W.-R. Weigelt. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Les modifications cardio-vasculaires dans les maladies

rénales, par Dickinson. (*Lancet*, 20 juillet.) — Valeur des symptômes oculaires dans les maladies rénales, par van Fleet. (*N.-York med. j.*, 11 mai.) — Les néphrites aiguës, par de Grandmaison. (*Méd. moderne*, 7 août.) — Mort subite par aortite péricoronarienne dans la néphrite conjonctive artérielle, par Huchard. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 juin.) — Sur la coloration, de von Gieson, dans les reins diabétiques, par G. Marthen. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 3.) — Réflexions et observations pour servir à l'histoire du mal de Bright sans albuminurie. Valeur sémiologique du symptôme albuminurie, par Marion. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Traitement des néphrites albumineuses chroniques par les courants galvaniques et la diélectrolyse du chlorure de sodium, par Keating-Hart. (*Thèse de Paris.*). — Traitement mécanique de la lithiase rénale, par Liebe. (*Münch. med. Woch.*, 33, 1894.) Des pseudo-coliques néphrétiques, par Caillaud. (*Thèse de Paris.*) — Un cas d'hydronéphrose intermittente, par Goodger. (*Med. Record*, 18 mai.) — De la tuberculose rénale primitive, par Pousson. (*Gaz. hebd. Paris*, 15 juin.) — L'intervention dans la tuberculose rénale primitive est-elle légitime? par Pousson. (*Semaine méd.*, 16 août.) — Deux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale, par J.-B. Murphy. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 25 mai.) — De la chirurgie rénale, par Enderlen. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.) — Sur deux cas de phlegmon périnéphrétique, par E. d'Alessandro. (*Progresso med.*, 3, p. 56.) — De la mobilité respiratoire du rein, par Glénard. (*Rev. mal. de la nutrit.*, 7, p. 385.) — Du rein mobile, par Albarran. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Formation du rein flottant, par Kuester. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 3.) — Pathogénie et symptomatologie du rein mobile, par Legry. (*Union méd.*, 2 mars.) — Sur le rein flottant, par Homer Gage. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juillet.) — Rein en ectopie pelvienne, par Guité. (*Soc. anat. Paris*, 7 juin.) — Rein gauche en ectopie congénitale pelvienne ; le rein pelvien peut être une cause de dystocie et d'erreur de diagnostic en clinique gynécologique, par Chapuis. (*Lyon méd.*, 12 mai.) — De l'ectopie pelvienne congénitale du rein en gynécologie et en obstétrique, par Goullioud. (*Ann. de gynéc.*, août et *Semaine méd.*, 10 août.) — Sur la fixation du rein, par R. Penzo. (*Riforma med.*, 98, p. 267.) — Un cas de de néphrorraphie pour rein mobile, par Gavin. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 avril.) — Néphropexie tendineuse, par Poullet. (*Lyon méd.*, 26 mai.) — Sur quelques résulats de la néphrorraphie, par Lafourcade. (*Semaine méd.*, 21 août.) — De la néphrorraphie, par Lavergne. (*Thèse de Paris.*) — 3 observations de traumatisme grave du rein, par Roux. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIV, p. 477.) — Du cathétérisme des uretères chez l'homme, par Léopold Casper. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 janv.) — Même sujet, par Nitze. (*Ibid.*) — Du diagnostic cystoscopique des affections chirurgicales des reins et du cathétérisme des uretères, par Max Nitze. (*Ibid.*, 22 et 29 avril.) — Dilatation congénitale des deux uretères, uretérotomie droite et néphrotomie gauche chez un nouveau-né, par Morris. (*Lancet*, 8 juin.) — Hématuries tardives à la suite d'une blessure du rein, par Dandois. (*Ann. soc. belge chir.*, 15 juillet.) — Fistule traumatique du rein, par Debaisieux. (*Ibid.*, 15 juillet). — De la néphrotomie dans l'anurie, par Alban de Grailly. (*Thèse de Lyon.*) — Sur le traitement opératoire des calculs rénaux, par Ransohoff. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juillet.) — Pyonéphrose, néphrotomie, par Vire. (*N. Montpellier méd.*, IV, p. 345.) — Du varicocèle consécutif aux tumeurs du rein, par Legueu. (*Presse méd.*, 17 août.) — Néoplasme du rein, extirpation par la voie parapéritonéale, par Bérard. (*Lyon méd.*, 28 juillet.) — Ablation d'un sarcome rénal diagnostiqué par le cystoscope, par Nitze. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er avril.) — Un cas de cancer du rein droit, néphrectomie ; pas de récidive au bout de 18 mois, par Swift. (*Boston med. journ.*, 18 avril.) — Ablation des cap-

sules vraies et accessoires chez le rat, par Boinet. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — Sur l'action antitoxique des capsules surrénales, par Abelous. (*Ibid.*, 15 juin.) — Sur une substance toxique extraite des capsules surrénales, par Gourfein. (*Acad. des sc.*, 5 août.) — Sur les lésions des capsules surrénales dans quelques empoisonnements, par Pilliet. (*Arch. de phys.*, VII, 3.) — Un cas de capsules surrénales accessoires dans les deux canaux déférents, et confluence de l'uretère et du canal déférent du côté droit, par Friedland. (*Prager med. Woch.*, 14.) — Altération profonde d'une capsule surrénale sans pigmentation de la peau, par Chiffoliau et Gasne. (*Ann. de méd.*, 21, p. 162.)

Résection. — Résection du coude datant de 7 ans, par Barbier. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — Résection du poignet, nouvelle méthode, par Mynter. (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, VII, p. 253.) — Résection du genou pour des troubles de paralysie infantile, par Vance. (*Ibid.*, p. 270.) — Résection du fémur pour fracture vicieusement consolidée, par Martinez. (*N.-York med. j.*, 22 juin.) — Des déformations tardives sur les genoux réséqués ou synovectomiés, par Rouchon. (*Thèse de Lyon.*) — Technique de la résection du tarse, par Bayer. (*Cent. f. Chir.*, 24 août.)

Respiration. — Sur la tension des gaz du sang artériel et la théorie des échanges gazeux de la respiration pulmonaire, par Fredericq. (*Arch. de biol.*, XIV, 1.) — L'augmentation de la tension de l'oxygène du sang peut-elle produire l'apnée, par Fredericq. (*Ibid.*) — Rôle du pneumogastrique dans la respiration, par Biscous. (*N. Montpellier méd.*, IV, p. 354 et 365.) — Histoire de la respiration chez l'homme, par Marcet. (*Brit. med. j.*, 22 juin.) — Nouvelles recherches sur les propriétés toxiques de l'air expiré, par Hannah Clark. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juillet.) — Influence de la respiration sur le tracé volumétrique des membres, par Binet et Courtier. (*Acad. des sc.*, 22 juillet.) — Respiration nasale et buccale, par Lavrand. (*La Voix*, mai.) — Six cas de paralysie respiratoire d'origine centrale, par Sawkins et Vallack. (*Lancet*, 31 août.)

Rétine. — De la couche perceptible de la rétine chez l'homme, par Koster. (*Graefe's Arch.*, XLI, 1.) — Topographie de la rétine dans l'étendue du repli falciforme congénital, par M. Salzmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 10 nov., 1894) — Sur la névroglie rétinique, par Colucci. (*Giorn. Ass. Napol. d. med.*, V, 1 et *Arch ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur un sphaphylome postérieur et sur un vaisseau rétinociliaire, par Richard Hilbert. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 3.) — Origine hémorragique probable des lésions striées de la rétine, par Holden. (*Arch. of opht.*, XXIV, 2.) — Hémorragies rétiniennes causées par l'usage de la bicyclette, par Clavelier. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 avril.) — Rétinite diabétique, par Dodd. (*Arch. of ophht.*, XXIV, 2.) — Des décollements de la rétine, leur traitement, par Galezowski. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Double décollement rétinien chez un enfant de 4 ans, par Teillais. (*Ibid.*) — Hémorragies rétiniennes chez un hémophile héréditaire, par Vialet. (*Ibid.*) — Du décollement de la rétine, traitement par l'électrolyse, par Maraval. (*Thèse de Paris.*) — Sur l'application de l'électrolyse à 12 cas de décollement de la rétine, par Terson. (*Arch. d'élect. méd.*, mai et *Ann. d'ocul.*, juillet.) — Nouveau traitement du décollement de la rétine, par Deutschmann. (*Deut. med. Woch.*, 30 mai.) — Gliome de la rétine, par Haab. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 15 févr.)

Rhumatisme. — De l'arthritisme accidentel, par Dreyfus-Brisac. (*Semaine

médic., 3 juillet.) — Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu, par Singer. (*Wiener klin. Woch.*, 25.) — Considérations sur la myalgie ou rhumatisme musculaire et sur sa pathologie, par Lockwood. (*Amer. med. Bull.*, 15 avril.) — Du rhumatisme mono-articulaire, par Heidenhain. (*Deut. med. Woch.*, 1er août.) — Rhumatisme poly-articulaire aiguë. Fluxions pleuro-pulmonaires, par T. Davezac. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 9 juin.) — Rhumatisme des articulations vertébrales du cou et torticolis, par Lannelongue. (*Bull. méd.*, 21 août.) — Un cas de peliose rhumatismale grave, par Krouzenstern. (*Vratch*, 6 juillet.) — Variétés d'arthrite rhumatismale, par Fox. (*Lancet*, 13 juillet.) — De l'action du salophène dans le rhumatisme aigu, la chorée et les névralgies, par Huot. (*Thèse de Paris.*)

Rougeole. — La rougeole à l'hôpital Trousseau, par Comby. (*Soc. méd. des hôp.*, 26 avril.) — Etiologie et bactériologie clinique de la rougeole et de ses complications, par W. de Warchawski. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*)

Rouget. — Maladies infectieuses du porc, par Smith et Moore. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 7.) — Vaccinations prophylactiques pasteuriennes contre le rouget des porcs, par Jacobi. (*Hyg. Rundsch*, IV, p. 1027.)

S

Salive. — Sur la sécrétion salivaire, par Mislawsky et Smirnow. (*Soc. de Biol.*, 6 juillet.) — Formation de calcul salivaire sous les incisives par suite de respiration buccale, par Guye. (*Journ. of Laryng.*, juillet.) — Traitement des rétrécissements des canaux salivaires, par Petersen. (*Arch. f. klin. Chir.* L, 3.) — Des tumeurs endothéliales salivaires et palatines, par Volkmann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.)

Sang. — Sur le développement embryonnaire du sang, par J. Dolgeanski. (*Thèse de Jouriew*, 1894.) — Numération des globules blancs, par les sérums colorés, par Barjon et Regaud. (*Lyon méd.*, 5 mai.) — Sur les changements morphologiques des globules blancs dans les vaisseaux sanguins, par W. L. Markiewitch. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Sphygmomanomètre pour mesurer la pression du sang chez l'homme, par Mosso. (*Arch. ital. de Biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Expériences avec le sphygmomanomètre de Mosso sur les changements de la pression du sang chez l'homme produits par les excitations psychiques, par Kiesow. (*Ibid.*, XXIII, 1 et 2.) — Valeur clinique des mensurations de la pression sanguine, par von Ziemssen. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 oct. 1894.) — Méthode et valeur dans la pratique de la mensuration de la pression sanguine, par Basch. (*Wiener med. Presse*, 14 avril.) — De l'osmose et de la puissance osmotique du plasma sanguin, par Koeppe. (*Deut. med. Woch.*, 22 août.) — Le sang contient-il du sucre de raisin ? par K. Miura. (*Zeit. f. Biol.*, XXXII, p. 279.) — Recherches comparatives sur les substances qui suspendent la coagulation du sang, par Ledoux. (*Arch. de Biol.* XIV, 1.) — Les effets de l'inhalation de l'oxygène sur l'hémoglobine, par Preston. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 juin.) — Sur la distribution du chlore dans le sang et dans les organes à l'état pathologique, par J. W. Wyrzykowski. (*Thèse de St-*

Pétersbourg.) — Sur la technique de préparation du sérum du sang, par M. G. Tartakowski. (*Vratch*, 11 mai.) — La toxicité du sang asphyxique, par Ottolenghi. (*Arch. ital. de Biol.*, XXIII, 1 et 2.) — De l'alcalimètrie du sang, par R. v. Limbeck. (*Wiener med. Blätter*, 19.) — Sur la distribution irrégulière des globules blancs dans les vaisseaux sanguins, par J. K. Semakine. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Hyperglobulie instantanée et neurasthénie vasculaire, par Chéron. (*Sem. méd.*, 17 août.) — De la résistance des globules rouges, par Urcelay. (*Thèse de Paris.*) — Influence de la cocaïne sur la résistance des globules rouges du sang, par Manca. (*Arch. ital. de Biol.*, XXIII, 3.) — Influence de la fatigue musculaire sur la résistance des globules rouges du sang, par Manca. (*Ibid.*, XXIII, 3.) — Hyperglobulie instantanée par stimulation périphérique, par Chéron. (*Acad. des Sc.*, 5 août.) — Hyperglobulie expérimentale, par Auscher et Lapicque. (*Soc. de Biol.*, 25 mai.) — Sur la leucocytose, par M. J. Gourwitch. (*Thèse de Moscou.*) — Modifications morphologiques des globules blancs au sein des vaisseaux sanguins, par Marquewitch. (*Arch. sc. biol. de St-Pétersbourg*, III, 5.) — Modifications du sang dans la diathèse urique, par Neusser. (*Berlin klin. Woch.*, 22 oct. 1894.) — L'urée dans le sang du fœtus, par Cavazzani et Lévi. (*Arch. ital. de Biol.*, XXIII, 1 et 2.) — L'alcalinité du sang dans quelques maladies, par Bourmine. (*Vratch*, 15 juin.)

Sarcome. — Biologie du sarcome alvéolaire, par Clarke. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 17.) — Sur le développement du sarcome mélanique dans la mélanose congénitale de la sclérotique, par Martens. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVII, 1.) — Sarcome disséminé, hémorragies sous cutanées, par Railton. (*Brit. med. j.*, 18 mai.)

Saturnisme. — Intoxications saturnines, par Peyrusson. (*Limousin méd.*, avril.) — Polynévrite dans l'intoxication par le plomb, par Posselt. (*Wiener med. Woch.*, 25 mai.) — Un cas d'encéphalopathie saturnine, par A. Roussel. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 15 juin.) — Un cas de saturnisme, par Leszynsky. (*N. York neurol. Soc.*, 7 mai.) — Paralysie saturnine, modifications du système nerveux, par Herter. (*Ibid.*) — Paralysie saturnine chez l'enfant, par Newmark. (*Med. News*, 11 mai.)

Scarlatine. — Le lait et la scarlatine, par Chéron. (*France méd.*, 19 juillet.) — Sur l'étiologie de la scarlatine, par E. F. Kemper. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Pathogénie de la scarlatine, par Bergé. (*Thèse de Paris.*) — Etude d'une épidémie de scarlatine à Necker, en 1894, par Mazeroux. (*Ibid.*) — Note sur une épidémie de scarlatine, par Cadilhac. (*N. Montpellier méd.*, IV, 2, p. 87.) — Des microorganismes du sang de scarlatineux, étiologie de la scarlatine, par Crajkowski. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 4.) — Sur le streptocoque scarlatineux, par d'Espine. (*Acad. des Sc.*, 6 mai.) — Récidives de scarlatine, par Chalmers. (*Lancet*, 22 juin.) — Quelques particularités de la scarlatine, par Fiessinger. (*Gaz. méd. Paris.*, 29 juin.) — De la mort soudaine et imprévue à la période d'éruption de la scarlatine. (*Journ. des Prat.*, 3, 2e série, p. 33.)

Sclérodermie. — Sclérodermie, par Tenneson. (*Soc. de dermat.*, 11 juillet.) — De la sclérodermie, par Marianelli. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 2.) — Trois cas de scléréme des nouveau-nés, par Schmidt. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 2.)

Scorbut. — Scorbut infantile, ses rapports avec la pratique orthopédique, par Taylor. (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, VII, p. 129.) — Sur l'étiologie du

scorbut d'après les statistiques de la garnison militaire de Moscou, par W. M. Klimenko. (*Thèse de St-Pétersbourg.*)

Scrofule. — La scrofule moderne comparée à la scrofule ancienne, par Westberge. (*Thèse de Paris.*)

Septicémie. — Pyosepticémies médicales staphylococciques à type de maladie géniale, par Etienne. (*Sem. méd.*, 17 août.) — Septicémie d'origine buccale chez un nourrisson, au cours d'un eczéma généralisé, avec troubles digestifs rebelles, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 juin.) — Un cas rare de septicémie médicale, infection secondaire à une tuberculose, nodules cutanés multiples, ictère, syndrome hémorragique, évolution chronique, mort, par Etienne et Specker. (*Rev. de méd.* mai.)

Sérothérapie. — La sérothérapie, par Schaefer. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Discussions sur la sérothérapie, à la Brit. Assoc. (*Brit. med. j.*, 17 août.) — La sérothérapie dans les rapports avec la pharmacologie, par Gabriel Pouchet. (*Ann. d'hyg. pub.*, janv.) — Réaction sérothérapique hyperthermique, par Le Gendre. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 mars.) — La sérumthérapie dans les affections streptococciques, par Bonnet. (*Gaz. hebd. Paris*, 18 mai.) — Les sérums antitoxiques, par Ausset. (*Ibid.*, 29 juin.) — Du développement et de l'usage de la sérumthérapie, par Fütterer. (*Medicine*, juillet.) — Influence des sérums sur les variations de quelques éléments urinaires, par Desgrez. (*Thèse de Paris.*) — Des injections de sérum artificiel en obstétrique, par Audebert. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Influence des injections de divers sérums sur l'infection, par Meyer. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — Sérum anti-streptococcique, par Thérése. (*Union méd.*, 11 mai.) — Du sérum anti-streptococcique. (*Rev. de Chir.*, mai.)

Serpent. — L'immunisation des animaux contre le venin du cobra et des autres animaux, propriétés antitoxiques du sang des animaux immunisés, par Fraser. (*Brit. med. j.*, 15 juin.) — L'immunisation contre les venins des serpents, par Fraser. (*Rev. Scientif.*, 13 juillet.) — Sur l'immunité du hérisson contre le venin de vipère, par Phisalix et Bertrand. (*Soc. de Biol.*, 27 juillet.) — Infection par ingestion de venin de serpent, par Hirschkom. (*Wiener med. Presse*, 28 juillet.) — Le traitement des morsures de serpents par les injections de strychnine, par Gros. (*Arch. de méd. nav.*, août.) — Du traitement des morsures de serpents venimeux par le chlorure de chaux et le sérum antivenimeux, par Calmette. (*Acad. des Sc.*, 24 juin.) — Sur l'emploi et le mode d'action du chlorure de chaux contre la morsure des serpents venimeux, par Phisalix et Bertrand. (*Soc. de Biol.*, 8 juin et (*Arch. de phys.*, VII, 3.)

Spina bifida. — Volumineux spina bifida, ablation, guérison, par Ramsay. (*Brit. med. j.*, 1er juin.) — Hydramnios et spina bifida, par Witham. (*Med. Record*, 6 juillet.) — Du traitement du spina bifida, de l'excision, par Bézian. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'opération radicale du spina bifida sacré, par W.-N. Zenenko. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Une opération de spina bifida, par Woodward. (*Boston med. j.*, 9 mai.) — De l'excision du spina bifida, étude de 14 cas. par Hansson. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XXVII, 8.)

Strabisme. — Cause et traitement pratique du strabisme, par Connor. (*Jour. Americ. med. Ass.*, 29 juin.)

Sucre. — Sur le mécanisme de la transformation du glycogène en glycose

dans l'organisme, par Cavazzani. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 1 et 2.) — Sur la consommation du maltose par une moisissure nouvelle, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 22 juin). — Sur la consommation du maltose par les êtres vivants, par Bourquelot. (*Ibid.*) — Digestion du tréhalose, par Bourquelot et Gley. (*Ibid.*, 13 juillet.)

Sueur. — Etiologie et traitement des sueurs nocturnes des phtisiques, par Skrainka. (*Wiener med. Presse*, 28 avril.) — Du fibrome périacineux des glandes sudoripares, par Aubry. (*Soc. de dermat.*, 11 juillet.) — Des tumeurs sudoripares nœviformes par Villard et Paviot. (*Semaine méd.*, 17 août.)

Suppuration. — De la suppuration avec ou sans microorganismes, par Poliakoff. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 2.) — De la suppuration chronique par microbes pléomorphes, par Garten. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.)

Surdi-mutité. — De la surdi-mutité par Bliss. (*Med. News*, 10 août.) — De la surdi-mutité psychique chez les enfants, par Heller. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 oct. 1894.) — De la distribution géographique de la surdi-mutité en Italie, par d'Aguanno. (*Boll. mal. dell' orecchio*, XIII, 5.)

Syphilis. — Etudes cliniques sur la syphilis, par v. Duering. (320 p., *Hambourg.*) — L'évolution de la syphilis en Angleterre à l'heure actuelle, par Lee. (*Lancet*, 11 mai.) — Mouvement épidémique de la syphilis à Copenhague, par Ehlers. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Influence de l'isolement des prostituées sur la diffusion de la syphilis, par Miehe. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 3 et XXXII, 1 et 2.) — La porte d'entrée de la syphilis, par Dubois-Havenith. (*La policl.*, *Bruxelles*, 1er juillet.) — Contagions médicales de la syphilis, par Fournier. (*Bull. méd.*, 15 mai.) — De l'infection syphilitique par le placenta, par Pellizzari. (*Clinina moderna*, I, 5.) — Un cas de réinfection syphilitique, par Eraud. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 avril.) — Sur la syphilis héréditaire, par Baumel. (*Wiener med. Presse*, 5 mai.) — De l'hérédo-syphilis, par Moussous. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Syphilis héréditaire et malformations congénitales, par Legrain. (*Soc. de biol.*, 13 juillet.) — Des troubles de la motilité dans la syphilis héréditaire, par Reuter. (*Deut. med. Woch.*, 8 août.) — Un cas de syphilis congénitale remarquable par l'extension et la gravité des lésions syphilitiques, par Mathewson. (*Prager med. Woch.*, 11.) — Un cas de gangrène symétrique par syphilis héréditaire, par Krisowski. (*Jahrb. f. Kind.*, XL, 1.) — Siège inaccoutumé d'un chancre induré, par Voll. (*Münch. med. Woch.*, 5, p. 99.) — Deux localisations peu fréquentes du chancre infectant, par Vauthey. (*Province méd.*, 16 mars.) — Chancres syphilitiques successifs à origines espacées, par Cénas. (*Loire méd.*, 15 avril.) — Chancres syphilitiques espacés, par Allemand. (*Ibid.*, 15 juin.) — Chancre gingival, par Danlos. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — Chancre induré de la face, paralysie faciale du même côté, syphilides tuberculo-croûteuses du cuir chevelu et de la face, par Eudlitz (*Ibid.*) — Syphilides tuberculeuses sèches, syphilis datant de 38 ans, par Eudlitz. (*Ibid.*) — Chancre syphilitique de la cuisse, par Gallois. (*Lyon méd.*, 9 juin.) — Vérole et adénites géniennes, par Vauthey. (*Gaz. des hôp.*, 16 mai.) — Signification de l'adénopathie syphilitique primaire et secondaire, par Grivet. (*Thèse de Lyon.*) — Des manifestations prolongées de la syphilis secondaire au point de vue du diagnostic, par A. Renaut. (*Journ. des Prat.*, 19. p. 289.) — De la syphilis secondaire de la conjonctive, par Narjoux. (*Thèse de Lyon.*) — Sur le rôle de la syphilis dans l'atrophie ataxique de la papille optique, par Galezowsky. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 avril.) — Des manifestations oculaires graves de la syphilis,

leur traitement, par ABADIE. (*Soc. franç. d'opht.*, 6 mai.) — Syphilide de la paupière guérie par le traitement ioduré seule et suivie d'accidents cérébraux, ayant résisté à l'iodure et aux frictions mercurielles, guéris par les injections du cyanure d'hydrogène, par DUBARRY. (*Soc. opht.*, *Paris*, 4 juin.) — Condylomes syphilitiques des fosses nasales, par LABIT. (*Rev. de laryng.*, 15 juin.) — Chancre syphilitique du sillon naso-génien, chez un nourrisson, par FEULARD. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — De la syphilis du pharynx nasal, par EHRENFRIED. (*Thèse de Leipsig.*) — Saturnisme et syphilis maligne, début par un chancre nasal, par MOREIRA. (*Ann. de dermat.*, VI, 6.) — Syphilis cérébrale, par PIC. (*Lyon médical*, 4 août.) — Sur quelques cas d'encéphalopathie syphilitique, par LE MESNARD. (*Ann. policl.*, *Bordeaux*, 1er juillet.) — La syphilis des centres nerveux, par LOMY. (In-16, *Paris.*) — Cas de syphilis cérébrale, par JOLLY. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 oct. 1894.) — La syphilis cérébrale, par STIEGLITZ. (*N. York med. journ.*, 13 juillet.) — Syphilis cérébrale précoce, par CÉNAS. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Le temps d'apparition de la syphilis sur le système nerveux, les trois stades de la syphilis, par OGILVIE. (*Lancet*, 1er juin.) — Manifestations oculaires de la syphilis cérébrale, par Mlle ELENEFF. (*Thèse de Paris.*) — Syphilis et paralysie générale, deux nouveaux cas de paralysie générale infantile avec syphilis héréditaire, par RÉGIS. (*Mercredi méd.* 22 mai.) — Les céphalées syphilitiques, par FOURNIER. (*Gaz. méd. Paris*, 1er juin.) — Troubles moteurs chez une syphilitique, trépanation, par Ch. FAGUET. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 avril.) — Nécrose syphilitique du frontal, troubles cérébraux, crâniectomie, par VERCHÈRE. (*Soc. franç. de dermat.*, 13 juin.) — Deux cas de paralysie juvénile avec syphilis héréditaire, par E. RÉGIS. (*Journ. méd. Bordeaux*, 26 mai.) — De la maladie de Parrot, par GOUEZ. (*Thèse de Paris.*) — Syphilis médullaire, par GIUFFRÉ. (*Riforma med.*, 1er avril.) — Diplégie brachiale d'origine hérédo-syphilitique, par BÉZY. (*Sem. méd.*, 10 août.) — 2e cas de névrite syphilitique du nerf cubital, par GAUCHER, SERGENT et CHAMPENIER. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 avril.) — 3e cas de névrite syphilitique du nerf cubital, par GAUCHER et CHAMPENIER. (*Ibid.*, 11 juillet.) — Des névrites optiques syphilitiques, par GALEZOWSKI. (*Ibid.*, 13 juin.) — La syphilis du cœur, par JACQUINET. (*Gaz. des hôp.*, 10 août.) — Syphilis pulmonaire, par VIRES. (*Ibid.*, 24 août.) — Néphrite syphilitique précoce, par ETIENNE. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 juillet.) — Un cas de syphilis hépatique tardive, compliquée de malaria chronique, par KONIGSTEIN. (*Wiener med. Presse*, 2 juin.) — Syphilis rénale précoce, par ETIENNE. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.) — Hémoglobinurie paroxystique par syphilis, par CALCAGNO. (*Giorn. med. esercito e marina.*) — Syphilide polypiforme de la langue, par AUDRY. (*Soc. de dermat.*, 11 juillet.) — L'atrophie lisse de la base de la langue et ses rapports avec la syphilis, par G. LEWIN et J. HELLER. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 1.) — Des méfaits de la syphilophobie, par JEANSELME. (*Méd. mod.*, 12 juin.) — Diagnostic du syphilome, par ESMARCH. (*Arch. f. klin. Chir*, L, 3.) — De la syphilide pigmentaire, sa valeur diagnostique, par SEMEN. (*Thèse de Paris.*) — Un exemple de syphilide pigmentaire, presque généralisée, par RENAULT. (*Soc. méd. des hôp.*, 31 mai.) — Lymphangite ulcéreuse syphilitique précoce, par DU CASTEL. (*Soc. franç. de dermat.*, 9 mai.) — De la sternomyosite syphilitique, par BATUT. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 avril.) — Eruption dans le cours de la syphilis, par JULLIEN. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Kératose pilaire et syphilis, par GASTOU. (*Soc. franc. de dermat.*, 19 avril.) — Gomme du genou, par DAVEZAC. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juillet.) — De l'épididymite syphilitique tertiaire, par JONNART. (*Thèse de Paris.*) — Syphilis du vagin, de l'utérus et des annexes, par NEUMANN. (*Wiener med. Woch.*, 6.) — Traitement de la

syphilis, par Saalfeld. (*Therap. Monats*, mai.) — Recherches thérapeutiques sur la syphilis, par Jarisch. (*Wiener med. Woch.*, 20 avril.) — Prophylaxie de la syphilis, par Mauriac. (*Gaz. des hôp.*, 28 mai.) — Modifications à apporter au traitement général de la syphilis, par Abadie. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Sur le traitement de la syphilis, par Finger. (*Wiener med. Presse*, 26 mai.) — La sérothérapie dans la syphilis, par Paul Raymond. (*Prog. méd.*, 13 avril.) — Essai de vaccination contre la syphilis, par Rochon. (*Méd. mod.*, 22 mai.) — Traitement de la syphilis et d'autres maladies par le sérum sanguin immunisé, par Maxwell. (*Americ. med. surg. Bull.*, 15 janv.) — Sur l'influence du mercure sur le sang des syphilitiques et des hommes sains, par K. M. Kozlowski. (*Thèse de St-Pétersbourg.*) — Des modifications du sang dans la syphilis sous l'influence du traitement, par Reiss. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 1 et 2.) — Sur le traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé, par G. A. Kuzel. (*Vratch*, 13 avril.) — Contribution à l'étude des applications locales du calomel dans le traitement de la syphilis, par G. Piccardi. (*Giorn. Accad. Medic. Torino*, 3 et 4, p. 214.) — Des modifications locales consécutives aux injections intramusculaires de préparations mercurielles insolubles, par Wolters. (*Arch. f. Dermat.*, XXXII, 1 et 2.) — Le traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'huile de calomel, par Hirschberg. (*Americ. med. Bull.*, 15 mai.) — L'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par Guibe. (*Thèse de Paris.*) Hydrothérapie et syphilis, par Breyer. (*Wiener med. Woch.*, 20 avril.)

T

Tabac. — Amblyopie par le tabac, par Ramsay. (*Lancet*, 11 mai.)

Teigne. — Une méthode facile de coloration du tricophyton, par Malcolm Morris. (*Practitioner*, août.) — Vitalité des spores du godet favique, par Sabrazès. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Les parasites de la teigne, par Adamson. (*Brit. j. of dermat.*, juillet.) — De l'anatomie du favus, par L. Waelsch. (*Prager med. Woch.*, 17.) — Physiologie des tricophytons, par Roberts. (*Journ. of path. and bact.*, III, 3.) — De la nature parasitaire de l'alopecia areata, par Hollborn. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 2.)—Cas extraordinaires de teigne faveuse, par del Chiappa. (*Giorn. ital. mal. ven.*, XXX, 2.) — Tricophytie généralisée, par Boyer. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 juill.) — De la rareté, en Italie, du microsporon Audouini, par Sabouraud. (*Soc. franç. de dermat.*, 20 avril.) — Traitement de la pelade, par Sabouraud. (*Ibid.*, 9 mai.) — Sur un nouveau traitement de la pelade, par Martin. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — A propos du nouveau traitement de la pelade, par Desmonceaux. (*Ibid.*, 23 juillet.)

Température. — Sur la mesure thermo-électrique de la température, par Rosenthal. (*Arch. f. Phys.*, p. 191.) — Premières recherches sur les lois de la thermogenèse dans les courants d'air, par Lefèvre. (*Ibid.*, VII, 3.)— Sur la mesure du travail en thermo-dynamique animale, par d'Arsonval. (*Soc. de biol.*, 6 juillet.) — Des températures subnormales (moins rares qu'on ne l'a dit), par Janssen. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, LIII, p. 247.) — Des variations thermiques constatées à la région plantaire, par de la Chapelle. (*Thèse de Bordeaux.*)

Tendon. — Quelques observations d'arrachement sous-cutané des tendons extenseurs des doigts, par MOUCHET. (*Arch. gén. de méd.*, juin.) — Plaie de la région du poignet. Sutures tendineuses multiples et suture du nerf médian. Réunion fonctionnelle primitive, par PERRIOL. (*Dauphiné méd.*, oct. 1894.) — De la luxation des tendons péroniers, par KRASKE. (*Cent. f. Chir.*, 15 juin.) — De la luxation des tendons péroniers, par KRAMER. (*Ibid.*, 6 juillet.) — De la transplantation des tendons, par LIPBURGER. (*Ibid.*, 1er juin.)

Ténia. — Ténia dentritica Gœze, par RIGGENBACH. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 20.) — Nouvelle source de l'infection des habitants de Saint-Pétersbourg par le ténia, par A. E. SCHRÖDER. (*Vratch*, 13 avril.)

Tétanie. — Quatre cas de tétanie, par MACALISTER. (*Americ. med. Bull.*, 15 juin.) — De la tétanie, par PRESTON. (*N. York med. j.*, 8 juin.)

Tétanos. — Sur le tétanos, par Justin HEROLD. (*Americ. med. Bull.*, 1er août.) — Sur le tétanos, par ZAGGL. (*Münch. med. Woch.*, 8, p. 160.) — Du tétanos strychnique, par HOUGHTON et MUIRHEAD. (*Med. News*, 1er juin.) — Recherches cliniques et expérimentales sur le tétanos, par S. P. FEDOROW. (*Thèse de Moscou.*) — Le tétanos céphalique, par Eugène ROCHARD. (*Union méd.*, 1er juin.) — Du tétanos chez l'enfant, par FRANZ. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XL, 2 et 3.) — Tétanos puerpéral, par KING. — Bactériologie du tétanos puerpéral, par SCOTT. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Tétanos, suite de circoncision, par SCHIRMAN. (*N. York med. j.*, 3 août.) — Sur l'emploi du sérum des animaux immunisés contre le tétanos, par VAILLARD. (*Acad. des sc.*, 27 mai.) — Tétanos traité par l'antitoxine, revue de 38 cas, par MARSON. (*Lancet*, 10 août.)

Testicule. — Trajet de la tunique vaginale, par MARION. (*Soc. anat. Paris*, 26 avril.) — Mécanisme de la migration des testicules, par SOULIÉ. (*Soc. de biol.*, 11 mai.) — Sur la migration des testicules dans les principaux groupes de mammifères, par SOULIÉ. (*Thèse de Toulouse.*) — De l'ectopie testiculaire, par MADDEN. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 11 mai.) — Un cas d'ectopie transversale des testicules, par JORDAN. (*Deut. med. Woch.*, 15 août.) — Spermatorrée et pollutions nocturnes, par JACOBSON. (*Americ. med. Bull.*, 1er juillet.) — Hydrocèle double et biloculaire à gauche, opération de Wolkman, guérison, par BLANC. (*Marseille méd.*, 1er août.) — Traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection de chlorure de zinc, par PERRION. (*Thèse de Paris.*) — Cure radicale de l'hydrocèle, par HAWLEY. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juillet.) — Des résultats éloignés de la cure de l'hydrocèle par les injections iodées, par SPAHINGER. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 3.) — Atrophie testiculaire double, d'origine rhumatismale, par GUÉRIN. (*Journ. méd. Bordeaux*, 2 juin.) — Spermatocystite aiguë, par REHFISCH. (*Deut. med. Woch.*, 23 mai.) — Strangulation du testicule et de l'épididyme par torsion du cordon spermatique, par van der POEL. (*Med. Record*, 15 juin.) — De l'hématocèle vaginale traumatique, par BIAILLE DE LANGIBAUDIÈRE. (*Thèse de Paris.*) — Kyste spermatique de l'épididyme, par MICHELEAU. (*Journ. méd. Bordeaux*, 16 juin.) — Des lipomes du cordon spermatique, par SARRAZIN. (*Thèse de Paris.*) — Epithéliome primitif de la séreuse vaginale, par NICOLOPOULO. (*Ibid.*) — Des épithéliomes du testicule, par PILLIET et COSTES. (*Rev. de chir.*, août.) — Une nouvelle méthode de ligature du cordon spermatique dans la castration, par ORTEGA. (*Americ. med. Bull.*, 15 juillet.) — Méthode de castration, par KANE. (*N. York med. j.*, 22 juin.) — Sur l'extrait testiculaire, par EDWARDS. (*Brit. med. j.*, 8 juin.

Thérapeutique. — De l'absorption des médicaments et de leur dose maxima, par LEWIN. (*Deut. med. Woch.*, 23 mai.) — Sur la rapidité comparée de l'absorption des médicaments introduits dans l'estomac et le rectum, chez l'homme sain, par M. G. BENEZE. (*Vratch*, 23 fév.) — De l'antipyrèse par action propulsive, par SOULIER. (*Lyon méd.*, 25 août.) — Les antithermiques analgésiques, par SCHMITT. (*Gaz. hebd. Paris*, 17 août.) — Des indications thérapeutiques du régime lacté, par DE GOYON. (*Thèse de Paris.*) — Action de la nucléine dans la fièvre ou la toxémie, par JACOBSOHN. (*N. York med. j.*, 20 juillet.) — De la nucléine en thérapeutique, par TEIGEN. (*Therap. Gaz.*, 15 juin.) — Action physiologique et emploi thérapeutique du gymnema silvestre, par HOPF. (*Therap. Monats.*, mai.) — De la gallicine, par MELLINGER. (*Ibid.*) — La saligémine en thérapeutique, par LEDERER. (*Münch. med. Woch.*, 7, p. 138,) — Applications thérapeutiques de la papaïne, par YOUNGER. (*Lancet*, 27 avril.) — La papaïne comme médicament gastrique, par VIOLIN. (*Wiener med. Woch.*, 21.) — Sur l'administration de la digitale, par BABCOCK. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 8 juin.) — Quelques mots sur la médication diurétique et la théobromine, par HUCHARD. (*Journ. des Prat.*, 1, 2e série, p. 5.) — Quelle est la valeur de la pilocarpine comme sudorifique, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon. méd.*, 26 mai.) — Action analgésique du bicarbonate de soude, par LINOSSIER. (*Ibid.*, 19 mai.) — La cystite causée par l'ingestion des alcalins à haute dose, par A. MATHIEU. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 mars.) — Sur la puissance hémostatique de l'antipyrine, par GRÉPIN. (*Thèse de Paris.*) — De l'absorption de l'acide salicylique par la peau, par LINOSSIER et LANNOIS. (*Lyon méd.*, 23 juin.) — De l'emploi du chloroforme par LEMOINE. (*Thèse de Paris.*) — Du peu d'action du gaïacol comme médicament antithermique, par BYL. (*Ibid.*) — Le trional son action hypnotique, par BOUDEAU. (*Ibid.*) — Le trional, par GALLIARD. (*Méd. mod.*, 18 mai.) — Action antibactéricide de l'acétanilide, par FROTHINGHAM et PRATT. (*Amer. j. of med. sc.*, août.) — A propos du chloralose, par MUSELIER. (*Soc. méd. des hôp.*, 15 mars.) — De l'action sédative du chloralose, par MARANDON DE MONTYEL. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Action du symphorol, par ROSENBERGER. (*Pester med. Presse*, 7.) — Les glycéro-phosphates, par A. ROBIN. (*Bull. de thérap.*, CXXVIII, p. 385.) — Sur l'action antipyrétique des badigeonnages avec du gaïacol, par J. J. SCHRAMKOW. (*Kieff.*) — De l'acide arsénieux employé à doses thérapeutiques, son action sur la digestion et la nutrition, par LÉVY. (*Thèse de Paris.*) — Etude sur l'action physiologique et thérapeutique du calomel, par Blair STEWART. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er juin.) — Du traitement par le fer, par REINERT. (*Wiener med. Blätter*, 17.) — Action physiologique et thérapeutique du fer, par MC CALLUM. (*Med. News*, 29 juin.) — Un nouvel hémostatique, la ferripyrine, par HEDDERICH. (*Münch. med. Woch.*, 1, p. 10.)

Thrombose. — Sur l'étiologie et la genèse de la thrombose hyaline, par L. PICK. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXXXVIII, 2.) — De la thrombose du tronc basilaire, par ILIESES. (*Thèse de Paris.*) — Notes sur la coagulation intraveineuse et tout particulièrement sur la thrombo-phlébite, par Gilman THOMPSON. (*Med. Record*, 13 avril.)

Thorax. — Plessimétrisme hydroaérique de la base du thorax, par GALLIARD. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Signification clinique des côtes cervicales, par TILMANN. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.) — Troubles de la sensibilité et de la motilité dus à la présence de côtes cervicales, par M. BERNHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janv.) — Critique de la méthode usuelle de mensuration de l'expansion du thorax dans les assurances sur la vie. Examen et études stéthokyrtographiques de l'expansion bilatérale de la poitrine,

par Hogner. (*Boston med. Journ.*, 9 mai.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémothorax, par Pagenstecher. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 1.) — Du phlegmon du médiastin postérieur et de son traitement, par Ziembicki. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 190.) — Sur les plaies de poitrine par armes à feu, par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, 10 mai.) — Des tumeurs de la paroi extérieure de l'aisselle, par Le Boule. (*Thèse de Paris.*) — Sur l'aplatissement comparé du thorax par les différents procédés de résection costale, sur un nouveau procédé de thoracoplastie, par Gourdet. (*Thèse de Paris.*)

Thyroïde. — Relations entre la sécrétion de la glande thyroïde et le lait, par Schein. (*Wiener med. Woch.*, 16 mars.) — Contribution à l'étude de la physiologie de la glande thyroïde, par Notkin. (*Ibid.*, 4 mai.) — Rôle physiologique du corps thyroïde, par K. M. Benisowitch. (*Thèse de Karkoff.*) — Le goitre au Michigan, par Dock. (*Med. News*, 20 juillet.) — Etiologie du goitre, par Morris. (*Brit. med. j.*, 6 juillet.) — Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroïde, par Odeyé. (*Thèse de Paris.*) — Thyroïdite aiguë grippale, par Smelton. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Des hypertrophies thyroïdiennes, par Moricet. (*Thèse de Paris.*) — La broncho-pneumonie consécutive à la thyroïdectomie chez le lapin, par Rouxeau. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Sur la résistance des globules rouges du sang chez le lapin thyroïdectomisé, par Gley et Langlois. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Résultats de 65 thyroïdectomies chez le lapin, par Rouxeau. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 août.) — Sur quelques altérations des globules rouges du sang à la suite de la thyroïdectomie, par Bottazzi. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — La thyroïdectomie chez les mammifères. (*Riforma med.*, 97, p. 254.) — Traitement chirurgical du goitre, par Ostermayer. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 1.) — Un cas d'exothyropexie pour un goitre suffocant, par Blanc. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Goitre plongeant rétro-sternal, trachéotomie, mort, par Moinel. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Quelques tumeurs de la glande thyroïde, par Cooke. (*Brit. med. j.*, 8 juin.) — Sarcome du corps thyroïde, sarcome du poumon, tuberculose pulmonaire, par Labbé. (*Soc. anat. Paris*, 19 avril.) — Du cancer aigu et du cancer latéral du corps thyroïde, par Bertrand. (*Thèse de Lyon.*) — Rapide développement d'un sarcome de la thyroïde à la suite d'infection par streptocoque pyogène, par Gatti. (*Rev. de chir.*, juillet.) — Le goitre exophtalmique, par Brissaud. (*Semaine méd.*, 7 août.) — Diagnostic, pathogénie de la maladie de Basedow, par Buschan. (*Deut. med. Woch.*, 23 mai.) — Idem, par Fürst. (*Ibid.*) — Maladie de Graves avec atrophie musculaire idiopathique, par Bathurst. (*Lancet*, 31 mai.) — La maladie de Basedow, traitement et pathogénie, par Haskovec. (*Gaz. des hôp.*, 20 juillet.) — Goitre exophtalmique et grossesse, par Bucquet. (*Thèse de Paris.*) — Sur la maladie de Graves-Basedow, par Mlle Amy. (*Ibid.*) — Des rapports de la maladie de Basedow avec les altérations des organes génitaux chez la femme, par Theilhaber. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 1.) — Des formes atypiques de la maladie de Basedow, par Maybaum. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 19 juin.) — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, par Tuffier. (*Gaz. méd. Paris*, 23 mars.) — De la thérapeutique thyroïdienne, par Meltzer. (*N. York med. j.*, 25 mai.) — Expériences sur l'alimentation thyroïdienne, par Stieglitz. (*Ibid.*, 4 mai.) — Action de l'extrait thyroïdien sur l'organisme, par Georgiewsky. (*Cent. f. med. Wiss.*, 6 juillet.) — De la médication thyroïdienne, par Mossé. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Efficacité de l'alimentation thyroïdienne contre les goitres parenchymateux, par Bruns. (*Berlin. klin. Woch.*,

22 oct. 1894.) — La médication thyroïdienne dans le goitre, par Ingals. (*Americ. laryng. Ass.*, 17 juin.) — Des idées modernes sur le traitement du goitre exophtalmique, par Putnam. (*Boston med. Journ.*, 8 août.) — L'alimentation thyroïdienne dans le goitre exophtalmique, par Cunningham. (*Med. Record*, 15 juin.) — De la médication thyroïdienne chez les aliénés goitreux, par Reinhold. (*Münch. med. Woch.*, 30, p. 613, 1894.)

Torticolis. — Torticolis et lumbago articulaires, par Lamy. (*Thèse de Paris.*) — Torticolis, persistance après opération par suite d'une suppléance nerveuse anormale, par Leuf. (*Med. News*, 8 juin.)

Trachée. — Un cas d'ozène trachéal, par Wagnier. (*Rev. de laryng.*, 1er juin.) — Chloroforme et trachéotomie, par Castelain. (*Bull. méd. du Nord*, 23 août.) — Traitement des rétrécissements trachéaux, après la trachéotomie, par Piniaczek. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 oct. 1894.)

Transfusion. — Six cas de transfusion saline, par Raw. (*Lancet*, 17 août.)

Tuberculose. — La tuberculose et son bacille, par Straus. (In-8°, 884 p., *Paris.*) — Idem, par Wurtz. (*Méd. moderne*, 1er juin.) — Méthodes de culture, biologie et morphologie du bacille tuberculeux, par Lubinski. (*Cent. f. Bakt.*, XVIII, 4.) — Recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats, par Sterling. (*Ibid.*, XVII, 24.) — Diagnostic différentiel des produits caséeux de la tuberculose et de la peste chronique du porc, par Olt. (*Zeit. f. Fleisch. und Milch.*, V, et *Hyg. Rundsch.*, V, 6, p. 257.) — De la pléomorphie du bacille tuberculeux, par Bruns. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 23.) — Présence du bacille de Koch dans le sang de la veine ombilicale de fœtus humains issus de mères tuberculeuses, par Bar et Rénon. (*Soc. de biol.*, 29 juin.) — Recherches sur la virulence des poussières dans les chambres de tuberculeux après désinfection, par Lalesque et Rivière. (*Bull. méd.*, 24 juillet.) — Inoculations tuberculeuses, par Remy. (*Journ. de clin. infant.*, 14 mars.) — Rapport de la commission royale sur la tuberculose. (*Brit. med. j.*, 27 avril.) — Sur la contagion intra-utérine de la tuberculose, par Londe. (*Soc. de biol.*, 13 juillet.) — Trois cas d'inoculation de la tuberculose par le tatouage, par Collings et Murray. (*Brit. med. j.*, 1er juin.) — La tuberculose pulmonaire, infection mixte, par von Wimschheim. (*Prager med. Woch.*, 16.) — Influence de l'hérédité sur les progrès de la phtisie, par Solly. (*Americ. j. of med. sc.*, août.) — La tuberculose en Styrie, par A. Kutschera. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1101.) — Epidémies de tuberculose dans les agglomérations rurales, par Bec. (*Rev. d'hyg.*, XVI, p. 1050.) — De la mortalité par phtisie, dans diverses villes d'Allemagne, avec remarques sur la fréquence de la tuberculose des bovidés, par Bollinger. (*Münch. med. Woch.*, 1 et 2, p. 1 et 31.) — Quelques points sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire, par Parsons. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er juin.) — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par Grancher. (*Bull. méd.*, 10 juillet et 27 juin.) — Le diagnostic de la tuberculose latente, par Rachford. (*N. York med. j.*, 10 août.) — Le diagnostic précoce et le traitement climatique de la tuberculose, par Moore. (*Med. News*, 10 août.) — Pronostic de la tuberculose pulmonaire, par Ingraham. (*Americ. med. Bull.*, 1er juillet.) — Symptômes de début de la tuberculose pulmonaire, par Patin. (*Thèse de Paris.*) — Premier symptome de la tuberculose pulmonaire et de sa découverte au moyen du thermomètre, par Ingraham. (*Med. Record*, 4 mai.) — L'élément nerveux dans la consomption pulmonaire, par Mays. (*Lancet*, 1er juin.) — Influence de la pleurésie sur la marche de la

tuberculose pulmonaire, par LANOS. (*Thèse de Paris.*) — De la transsonance thoracique, sa valeur dans le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début par LARCHER. (*Ibid.*) — De l'œdème dit cachectique chez les phtisiques, par SAINT-PÉ. (*Ibid.*) — Tuberculose pulmonaire. Adénopathie trachéo-bronchique. Compression de la veine cave inférieure, par JACCOUD. (*Ann. de méd.*, 29, p. 225.) — Un cas de tuberculose aiguë bronchopneumonique, par Albert ROBIN et LEREDDE. (*Arch. de méd.*, juin.) — Les petites hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire et les perturbations atmosphériques, par van RYN. (*Journ. Soc. sc. méd. Bruxelles*, 16 mars.) — Des anévrismes dans les cavernes, dans la phtisie pulmonaire, par JAY. (*Thèse de Paris.*) — Des cavernes muettes, par ROY. (*Thèse de Lyon.*) — Phtisie aiguë et endocardite végétante, par JOSSERAND. (*Lyon méd.*, 5 mai.) — Coexistence d'une tuberculose pulmonaire avec une double lésion valvulaire, par DENARIÉ. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Tuberculose du cœur et des ganglions médiastinaux avec diverticule de l'œsophage, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 fév.) — De la polyurie prétuberculeuse, par DAVID. (*Thèse de Paris.*) — Effets des albuminoses digestives sur l'organisme tuberculeux, par MATTHES. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 oct. 1894.) — La lutte contre la tuberculose en Danemark, par BANG. Traduction, par GOSSE. (In-8°, *Genève.*) — Le processus curatif spontané de la tuberculose pulmonaire, par AUPINEL. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la tuberculose, par SCHMEY. (*Therap. Monats.*, mai.) — Mesures récentes pour la prophylaxie de la tuberculose, par HINSDALE. (*Med. News*, 24 août.) — La prophylaxie de la tuberculose dans les hôpitaux de Paris, par LEREDDE. (*Méd. moderne*, 1er juin.) — Projet d'instruction sur la prophylaxie de la tuberculose, par MOELLER. (*Mouvem. hygién.*, X, p. 433.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire, par GAGNIÈRE. (*Thèse de Lyon.*) — Traitement de la tuberculose pulmonaire, par FISCHER. (*N. York med. j.*, 17 août.) — Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire, par KNOPF. (*Thèse de Paris.*) — Traitement de la phtisie avancée, par OTIS. (*Boston méd. journ.*, 20 juin.) — La cure marine de la tuberculose pulmonaire, par LALESQUE. (*Journ. méd. Bordeaux*, 12 mai.) — De la climatothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par BABCOCK. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 avril.) — L'expansion alvéolaire forcée, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par WEAVER. (*Ibid.*, 4 mai.) — Sur quelques nouveaux remèdes employés contre la tuberculose pulmonaire, par BRUSCHINI. (*Riv. clin. e terap.*, 6, p. 281.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de nucléine, par WILCOX. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Du gaïacol synthétique dans le traitement de la tuberculose, par DEVAUCHEL. (*Thèse de Paris.*) — Créosote comme spécifique dans la tuberculose, par CONWAY. (*N. York med. j.*, 1er juin.) — Nouvelles observations sur le traitement de la tuberculose par le carbonate de gaïacol, par Fritz HÖLSCHER. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 déc. 1894.) — Traitement de la tuberculose chez l'enfant par les injections d'iodoforme, par WIELAND. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.) — Effets des inhalations d'essence de menthe dans la tuberculose expérimentale, par BALDWIN. (*N. York med. j.*. 18 mai.) — Nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire, par CARASSO. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 17.) — Sur 34 cas de tuberculose pulmonaire traités par la méthode de Carasso (de Gênes), par de LANCY ROCHESTER. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 1er juin.) — Le permanganate de potasse dans le traitement de la phtisie, par BARKAN. (*Med. Record*, 13 juillet.) — Des injections intraparenchymateuses du poumon dans la tuberculose pulmonaire, par CHAUDEBOIS. (*Thèse de Paris.*) — Préparation de sérum contre la tuberculose, par RAPPIN. (*Gaz. méd. Nantes*, 12 août.) — Sérumthéraphie dans la tuberculose pulmonaire, par INGRAHAM. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 4 mai.) — Sérothérapie dans la

tuberculose, par Redon et Chenot. (*Soc. de biol.*, 29 juin, et *Bull. méd.*, 3 juillet.) — La sérothérapie de la tuberculose, par Maragliano. (*Presse méd.*, 17 août.) — Sérumthérapie et traitement accessoire de la tuberculose, par Paul Paquin. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 15 juin.) — Traitement de la tuberculose humaine par le sérum de sang de chèvre inoculée avec la tuberculine, par Boinet. (*Soc. de biol.*, 13 juillet.) — De l'antiphtisine, par Denison. (*Med. Record*, 20 juillet.) — Essais d'immunisation contre la tuberculose aspergillaire, par Rénon. (*Soc. de biol.*, 20 juillet.) — Traitement des tuberculoses cutanées par le sérum de chiens tuberculeux, par Broca et Charrin. (*Ibid.*) — Résultats favorables de la tuberculine dans la tuberculose non pulmonaire, par Denison. (*N. York med. j.*, 3 août.) — Traitement des tuberculoses locales dans l'enfance, par Scheimpflug. (*Berl. klin. Woch.*, 5 nov. 1894.) — Traitement des tuberculoses locales par l'iode pur, par Guermonprez. (*Gaz. des hôp.*, 25 juin.) — Tuberculose de l'épaule, par Townsend. (*Trans. Americ. orthop. Ass.*, VII, p. 137.) — Pronostic et traitement de la tuberculose ostéo-articulaire, par Skultecki. (*Morgagni*, mai.) — Tuberculose du genou et des épididymes, résection du genou, régression de la lésion épididymaire, par Moty. (*Bull. méd. Nord*, 10 mai.) — De la tuberculose de la vaginale testiculaire, ses rapports avec la tuberculose du péritoine, par Goldmann. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 2.) — Ulcération chancriforme de la verge, tuberculose ulcéreuse, par Wickham et Gastou. (*Soc. franç. de dermat.*, 18 avril.) — Tuberculose cutanée disséminée consécutive à la rougeole, par Du Castel. (*Ibid.*, 15 avril.)

Typhoïde. — Epidémie typhoïde de maison, par Maupetit. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde survenue à la suite du curage d'une mare dans la commune de Mesnil-Réaume, par Bourgeois. (*Thèse de Paris.*) — 81 cas de typhoïde, trois morts ; traitement, par Ray. (*Med. Record*, 18 mai.) — De la part des huîtres et autres mollusques dans le développement de certaines gastro-entérites et spécialement de la fièvre typhoïde, par Lavis. (*Lyon méd.*, 18 août.) — Observations générales sur ce que l'on appelle l'état typhoïde, par Forbes. (*Lancet*, 17 août.) — Sur la fièvre typhoïde, par Woodbridge. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 13 juillet.)— Etude sur les causes de la fièvre typhoïde à Besançon, par L. Thoinot. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév.) — Bactériologie clinique des complications de la fièvre typhoïde, par G. L. Joudalewitch. (*Thèse de St-Pétersbourg*, 1894.) — Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde, par Vincent. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë, par Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.) — Fièvre typhoïde, thrombose des deux veines fémorales, abcès du poumon et de la rate, par Foster. (*Brit. med. j.*, 18 mai.) — Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoide, par Lannois et Lyonnet. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Disparition du premier bruit du cœur dans la fièvre typhoïde, par Mongour. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Fièvre typhoïde ; dilatation du cœur droit ; bruit de galop, par Hanot. (*Soc. méd. des hôp.*, 19 avril.) — La dysphagie dans la fièvre typhoïde, par Vergely. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Phénomènes du pied et du genou dans la fièvre typhoïde, par Bernheim. (*Ibid.*, 17 août.) — Un cas de parotidite purulente par le bacille typhique, par Janowski. (*Cent. f. Bakt.*, XVII, 22.) — De la forme rénale de la fièvre typhoïde, par Marsan. (*Thèse de Paris.*) — Un cas de colotyphoïde chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique, par Devic et Roux. (*Province méd.*, 2 mars.) — Sur les périostites typhiques, par W. K. Wyssokowitch. (*Vratch*, 13 avril.) — Sur l'état actuel du traitement de la fièvre typhoïde, par Vogl. (*Münch. med. Woch.*, 12 et 13, p. 259 et 289.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Henry. (*Med. Re-

cord, 25 mai.) — De l'action immunisante et curative du sérum de mouton contre la fièvre typhoïde, par BEUMER et PEIPER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 3.) — Gaïacol comme antipyrétique dans la fièvre typhoïde, par CARPENTER. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Traitement de la fièvre typhoïde par le gaïacol, par HALL. (*Ibid.*, 15 juin.) — Les bains froids dans la fièvre typhoïde, par SHIRMER. (*Ibid.*) — Les bains froids dans la fièvre typhoïde des gens âgés, par A. BOLOGNESI. (*Bull. gén. de thérap.*, CXXVIII, p. 530.)— Un précurseur de Brand dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (Dr Baumgartner, de Genève, 1842). (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, 1, p. 65.) — Le bain froid dans la fièvre typhoïde, par TYSON. (*Therap. Gaz.*, 15 juillet.)

Typhus. — Un cas douteux de typhus exanthématique, par JACQUES. (*Journ. méd. Bordeaux*, 23 juin.) — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du typhus et du choléra, par SZWAJIER. (*Prager med. Woch.*, 20.)

U

Ulcère. — Histologie de l'ulcus rodens, par PHILIPPSON. (*Giorn. ital. mal ven.*, XXX, 2.) — Ulcère variqueux et système nerveux, par DU CASTEL. (*Bull. méd.*, 17 juillet.) — De l'ulcère fémoral, par NEEBE. (*Mon. f. prakt. Dermat.*, XX, 11.)

Urémie. — Amaurose transitoire dans l'urémie, par ROTHMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 23 juillet 1894.) — Péricardite urémique, par DESSY. (*Riforma med.*, 1er mai.) — Hémorragie intestinale dans l'urémie, par LICHTY. (*Med. News*, 4 mai.) — Paralysie urémique, par ALLEMAND. (*Loire méd.*, 15 juillet.) — Des spasmes musculaires rythmiques dans l'urémie, par MOUSSOUS. (*Sem. méd.*, 17 août.)

Urètre. — Urétroscopie dans l'urétrite chronique, par VALENTINE. (*Med. Record*, 3 août.) — Sur l'urétroscopie de Nitze Oberlander et sur le traitement de la blennoragie chronique de Oberlander et de Kollmann, par MENAHEM-HODARA. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Le bleu de méthylène dans l'urétrite, par ROBINSON. (*N.-York med. j.*, 3 août.) — Abcès urétro-vaginal, par GREEN. (*Ibid.*, 6 juillet.) — Chancres et chancrelles de l'urètre, par LONGENECKER. (*Med. Record*, 29 juin.) — Un nouvel urétroscope, par GÖRL. (*Münch. med. Woch.*, 10, p. 212.) — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme et chez la petite fille, par H. BLANC. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.). — Epispadias chez une petite fille, par KIRMISSON. (*Bull. méd.*, 31 juillet.) — L'épispadias chez la femme, par DURAND. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Traitement de la courbure du pénis dans l'hypospadias, par HORVATH. (*Wiener med. Woch.*, 3 août.) — De l'urétrocèle, variétés, par BOURSIER. (*Semaine méd.*, 21 août.) — De l'emploi de la sonde à demeure après l'urétrotomie interne, par CLÉMENT. (*Thèse de Paris.*) — Traitement des rétrécissements de l'urètre et de leurs complications, par ROUTIER. (*Méd. mod.*, 15 mai.) — Du traitement électrique des rétrécissements de l'urètre, par GILLES. (*Marseille méd.*, 1er juin). — De la résection de l'urètre pénien, par POUSSON. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — De l'urétrectomie

dans les rétrécissements péniens, par Lambert. (*Thèse de Bordeaux.*) — Deux cas de rupture grave de l'urètre traités, l'un par l'urétrotomie externe, et l'autre par l'urétropérinéorraphie, par E. Loumeau. (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 avril.) — Tumeurs de l'urètre, par le même. (*Ibid.*, 23 juin.) — Tumeurs péri-urétrales chez la femme, par Daumy. (*Thèse de Paris.*) — Epithélioma primitif de l'urètre, par Wassermann. (*Ibid.*) — De l'épithéliome primitif de l'urètre membraneux, par Carcy. (*Ibid.*) — Epithélioma primitif de l'urètre, émasculation totale, cystite interstitielle, méat hypogastrique, par Bazy. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Urétroplasie d'après Poncet, par Merckel. (*Münch. med. Woch.*, 2, p. 30.) — De la reconstitution de la partie pénienne du canal de l'urètre, à l'aide d'un lambèau abdomino-fémoral, par Laurent. (*Bull. Acad méd. Belgique*, IX, 6.)

Urinaires (Voies). — Rétention d'urine chez les accouchées, par Remy. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.) — L'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant, par P. Chéron. (*Union méd.*, 30 mars.) — Tuberculose primitive des voies urinaires, par Nimier. (*Soc. anat. Paris*, 7 juin.)

Urine. — Sur les variations quotidiennes de l'urée et de l'urine, par Roger. (*Arch. de Phys.*, VII.) — Sur l'action paralysante de l'urine humaine injectée à la grenouille, par Abelous. (*Ibid.*) — Diagnostic chimique de l'urine, par Freund. (*Wiener med. Blätter*, 27.) — Sur l'acidité urinaire après le repas chez l'homme sain et chez les dyspepstiques, par Tréheux. (*Thèse de Paris.*) — Sur le dosage de quelques éléments importants de l'urine, par Moreigne. (*Ibid.*) — Les éléments figurés de l'urine dans les néphrites, par Tahier. (*Ibid.*) — Conservation des sédiments organiques urinaires, par Fischel. (*Prager med. Woch.*, 21 mars.) — Les procédés de dosage de l'acide urique, par Garnier. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mai.) — Sur la précipitation de l'acide urique par les dissolutions salines saturées et sur le dosage de ce corps dans l'urine, par Cazé. (*Bull. méd. Nord*, 14 juin.) — Nouveau modèle d'azotomètre à hypobromite de soude, par Cavallero. (*Lyon méd.*, 16 juin.) — Un nouveau réactif pour reconnaître l'acétone et l'acide urique, par Malerba. (*Arch. ital. de biol.*, XXIII, 3.) — Nouveau procédé de dosage du sucre dans l'urine, par Elliott. (*N.-York med. j.*, 27 juillet.) — Procédé pour éviter les erreurs dues à l'altérabilité de la liqueur de Fehling, par Roussy. (*Soc. de biol.*, 25 mai.) — Pathogénie de l'hématoporphyrinurie, par Stokvis. (*Zeit. f. klin. Med.*, XXVIII, 1 et 2.) — Aspect moderne de l'indicanurie, rapport de l'indican et de l'acidité du suc gastrique, par Simon. (*Americ. j. med. sc.*, août.)— De la phosphaturie, par Bézy. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Structure microscopique des calculs d'oxalate de chaux, par Ord et Shattock. (*Brit. med. j.*, 11 mai.) — L'oxalurie, étude historique et clinique, par Ganca. (*Thèse de Paris.*) — De la pollakiurie psychopathique et de son traitement, par Corby. (*Ibid.*) — Dosage du déchet organique de l'urine et des matières extractives, par Flamant. (*Ibid.*) — Influence de quelques produits sur la toxicité de l'urine, par Modinos. (*Riforma med.*, 6 mai.) — Toxicité de l'urine du nouveau-né, par Charrin. (*Semaine méd.*, 17 août.) — Influence du régime lacté sur l'élimination par les urines de l'acide sulfurique des sels minéraux et des éthers organiques, par Matteoda. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XIX, p. 334.)

Utérus. — Sur la structure du ligament rond de l'utérus et sur la migration des ovaires chez la femme, par Soulié. (*Soc. de biol.*, 18 mai.) — Des variations de la cavité utérine, d'après 45 moulages, par Mauclaire. (*Semaine méd.*, 28 août.) — La crète médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe des rétrodéviations, par Le Dentu. (*Bull. Soc. de chir.*, XXI, p. 214.) — Sur la dilatation mécanique de l'utérus sur les cadavres,

par N.-A. Dmitowski. (*Thèse de Saint-Pétersbourg.*) — Utérus et vagin doubles, par Sprigg. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Les utérus doubles, par Tarnier. (*Tribune méd.*, 29 mai.) — Relation des organes digestifs avec l'utérus, par Forchheimer. (*Ibid.*, mai.) — L'inflammation chronique de l'utérus, par Duncan. (*Lancet*, 20 juillet.) — Deux faits de dysménorrée pseudo-membraneuse, par Coyne. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Hémorragie utérine des femmes âgées, électrolyse, guérison, par Masse. (*Ibid.*) — Sur la métrite chez les vierges, par Villatte de Peufeilhoux. (*Thèse de Paris.*) — Métrites et diathèses, par Trépant. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Remarques sur l'endométrite exfoliative, par S.-S. Cholmogoroff. (*Vratch*, 22 fév.) — Traitement de l'endométrite, par Fehling. (*Wiener med. Presse*, 16 juin.) — Des métrites dans les déviations de l'utérus, par Boursier. (*Semaine méd.*, 17 août.) — De l'emploi du perchlorure de fer au 10e dans la métrite hémorragique, par Pillet. (*Thèse de Bordeaux.*) — Indications et résultats du curetage dans les inflammations chroniques de l'utérus, par Daroux. (*Ibid.*) — De la régénération de la muqueuse après le curetage de la cavité utérine, par Werth. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 3.) — Des accidents causés par le curetage utérin, par Pichevin. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Traitement de l'oophorite chronique par les bains minéraux. par Lœbel. (56 p. *Neuwied.*) — Résultats éloignés de 90 opérations conservatrices pratiquées sur l'utérus, 54 cas de grossesses consécutives, par Mangin. (*Nouv. arch. d'obst.*, janv.) — De la thermocautérectomie de l'utérus pour prévenir les récidives, par Rosner. (*Cent. f. Gynaek.*, 25 mai.) — Perforation de l'utérus par la sonde, par Tait. (*Lancet*, 10 août.) — Dilatation utérine contre la stérilité, par Gibb. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Sur le choix d'un instrument pour la dilatation rapide du col utérin, par Goubaroff. (*Ann. de gyn.*, juin.) — De l'entrée de l'air dans les sinus utérins, par Baurand. (*Thèse de Lyon.*) — Sur un cas de rétention prolongée de l'œuf dans l'utérus, par Orloff. (*Prager med. Woch.*, 22.) — De l'hématocèle pelvienne, par Queirel. (*Marseille méd.*, 1er juillet.) — Diagnostic des salpingo-ovarites, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, mai.) — La salpingo-ovarite à streptocoques, par Reymond. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Sur quelques symptômes simulant les maladies des organes pelviens chez la femme, et leur traitement, par Rabagliatti. (*Amer. gyn. j.*, fév., et *Arch. de tocol.*, mai.) — Contribution à l'étude de l'hématocolpos, par Langer. (*Wiener med. Woch.*, 1er juin.) — Salpingite tuberculeuse, par Hugon. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 30 juin.) — Sur la thérapeutique intra-utérine dans le traitement des inflammations annexielles par Bonnet. (*Journ. de méd. Paris*, 21 juillet.) — Traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par Boulle. (*Thèse de Paris.*) — Résultats du traitement médical dans la salpingite, par Bartoli. (*Ibid.*) — Traitement des affections de l'utérus et de ses annexes par les vibrations mécaniques rapides, par Bourcart. (*Ann. de gyn.*, juin.) — Curetage et drainage pour pyosalpinx, prétendu écoulement de pus de la trompe par la cavité utérine, laparotomie, pas de salpingite, par Jayle. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Ablation des tumeurs des annexes par céliotomie vaginale, par Præger. (*Cent. f. Gynaek.*, 27 juillet.) — Ablation des appendices et ligature de l'artère utérine à l'union du col, 45 cas, par Robinson. (*Med. News*, 17 août.) — De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale, par Condamin. (*Gaz. hebd. Paris*, 20 juillet.) — Hydrosalpinx double chez une ataxique, par Armand. (*Journ. méd. Bordeaux*, 4 août.) — L'hystérectomie vaginale dans le traitement des salpingites, par Quénu. (*Presse méd.*, 6 juillet.) — Technique et indications de l'hystérectomie vaginale, en particulier dans les affections des annexes, par Duhrssen. (*Arch. f. Gyn.*, XLIX, 2.) — Des déviations utérines, par Duret. (*Bull. méd.*, 21 août.) — Des troubles urinaires dans le prolapsus vagino-utérin, par Comar. (*Thèse de

Paris.) — Symptômes et traitement des rétrodéviations utérines, par Bouilly. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Nouveau pessaire à rétroflexion, par Bourcart. (*Ann. de gyn.*, août.) — Comparaison de la ventro-fixation et de l'opération d'Alexander, par Smith. (*Amer. j. of obst.*, août.) — Technique de l'opération d'Alexander-Alquié, par Fabricius. (*Cent. f. Gynaek.*, 20 juill.) — *Idem*, par Stocker. (*Ibid.*) — Résultats éloignés de l'opération de Schröder, par Mlle Podobedoff. (*Thèse de Paris.*) — Suspension de l'utérus en rétroversion par les ligaments utéro-ovariens, 17 cas, par Peterson. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Sur l'opération du prolapsus, par Gaertig. (*Cent. f. Gynaek.*, 1er juin.) — De la colpohystéropexie antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines, par R. Pichevin et Arrizabalaga. (*Gaz. méd. Paris*, 4 mai.) — Traitement des rétro-déviations utérines, par la colpo-hystéropexie antérieure, par Pichevin. (*Journ. méd. Paris*, 2 juin.) — Thérapeutique intra-utérine et traitement des inflammations péri-utérines, par Pichevin. (*Ibid.*, 23 juin.) — Traitement de l'antéflexion utérine par l'hystéropexie antérieure, par Laroyenne. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Un nouveau mode de traitement de l'utérus rétrofléchi adhérent, par Pryor. (*Med. Record*, 20 juillet.) — De l'utilité des opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée combinées avec l'hystéropexie dans le cas de rétrodéviatons utérines compliquées d'un léger degré du prolapsus, par Binaud, (*Ibid.*, 14 août.) — Extirpation du vagin, de l'utérus et des annexes, pour prolapsus avec adhérences du fond de l'utérus au plancher du bassin. Guérison sans troubles urinaires, par Martin. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 fév.) — Remarques sur 20 cas d'hystéropexie, par C. Poltowicz. (*Rev. méd. Suisse rom.*, XV, n° 1.) — Polype et inversion utérine, hystérectomie, par Verchère. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Extirpation totale vaginale pour prolapsus utérin total irréductible, par Graefe. (*Münch. med. Woch.*, 11, p. 239.) — Traitement chirurgical des déplacements de l'utérus en arrière, ventro- et vagino-fixation, par Fœrster. (*Amer. j. of obst.*, mai.) — Un cas de rétroflexion de l'utérus gravide compliqué de l'élongation hypertrophique de la portion supravaginale et d'adhérences périmétriques, par Gabrielle Possaner. (*Wiener med. Woch.*, 1er juin.) — De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétroversions utérines, résultats éloignés, par Berruyer. (*Thèse de Lyon.*) — Hystéropexie pour prolapsus utérin, par Condamin. (*Lyon méd.*, 2 juin.) — Inversion de l'utérus, par Himmelsbach. (*Med. News*, 24 août.) — De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine perpuérale irréductible, par Brasseur. (*Thèse de Paris.*) — De l'amputation sus-vaginale de l'utérus puerpéral septique, par Sippel. (*Cent. f. Gynaek.*, 17 août.) — Un cas de fibromes multiples de l'utérus, par Burrage. (*Boston med. Journ.*, 13 juin.) — Anomalie de l'utérus et fibrome, par Pilliet et Bouglé. (*Soc. anat. Paris*, 12 avril.) — Des fibromyomes du ligament rond, par Heydemann. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.) — Des fibromes de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par Puech. (*Gaz. des hôp.*, 3 août.) — Tumeur fibreuse développée aux dépens des annexes, par Terrier et Reymond. (*Soc. anat. Paris*, 24 mai.) — Des dégénérescences malignes des fibromes utérins, par Bahri. (*Thèse de Lyon.*) — De la mort subite dans les fibromes utérins, par Bazor. (*Thèse de Paris.*) — Des fibromes utérins, hémorragies utérines, indications du curetage, par Mlle Desmolières. (*Ibid.*) — Du traitement opératoire des fibromes utérins, par Sorel. (*Normandie méd.*, 15 juillet.) — Traitement chirurgical des corps fibreux de l'utérus, par Le Moniet. (*Rev. d'andr. et de gyn.*, 13 août.) — Traitement des fibro-myomes de l'utérus, par Lévy. (*Thèse de Paris.*) — Observations sur le traitement des fibromes utérins, par Phelps. (*Americ. med. Bull.*, 15 juin.) — Ligature des artères utérines pour fibromes de l'utérus, par Kuhn. (*Nordisk. med. Arkiv*, XXVII, 14.) — Des différentes

méthodes d'extirpation des fibromes de l'utérus, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 6 août.) — Oophorectomie pour tumeurs fibreuses de l'utérus, par CARR. (*Americ. j. of obst.*, juillet.) — Ablation des fibromes de l'utérus par la laparotomie, méthode de Doyen, par SNÉGUIREFF. (*Ann. de gyn.*, mai.) — Sur un procédé définitif d'hystérectomie totale pour fibromes utérins, par RICHELOT. (*Ibid.*) — Amputation sus-vaginale de l'utérus pour fibrome ; blessure de la vessie et cystorraphie au catgut ; guérison apyrétique ; sept semaines plus tard, cystite due à un fil de soie du pédicule utérin, évacué par l'urine, par SCHAEFFER. (*Berlin. klin. Woch.*, 24 déc. 1894.) — Laparotomie à 3 mois de grossesse pour fibrome suppuré ; continuation de la grossesse par MACKENRODT. (*Ibid.*) — Laparotomie pour fibrome utérin compliqué d'hématocèle d'une trompe, et d'hydropysie de l'autre. Effets sur la muqueuse de l'électrolyse employée précédemment, par BRÖSE. (*Ibid.*, 31 déc. 1894.) — Traitement de l'utérus fibro-myomateux nécessitant l'hystérectomie par une méthode vagino-abdominale, combinée d'énucléation avec ligature individuelle des vaisseaux saignants seuls, par STINSON. (*Med. Record*, 20 juillet.) — Hystérectomie vaginale pour myomes et lésions des annexes, par WATHEN. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Amputation sus-vaginale d'un fibrome utérin interstitiel de la grosseur du poing ; abandon du pédicule dans l'abdomen, par WYDER. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — De la marsupialisation du moignon des fibromes utérins dans l'hystérectomie abdominale, par LAROYENNE. (*Lyon méd.*, 19 mai.) — Énorme tumeur abdominale, cystosarcome, développée aux dépens de l'ovaire droit, utérus fibromateux ; ovariotomie, hystérectomie abdominale, guérison, par DESBONNETS. (*Journ. méd. Lille*, 9 fév., et *Arch. de tocol.*, juillet.) — Ablation d'un fibrome utérin et d'une tumeur parovarienne du même ligament large et ayant subi l'une et l'autre une torsion sur leur axe, par GUÉRARD. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre 1894.) — Sur un procédé d'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins, par RICHELOT. (*Gaz. des hôp.*, 7 mars, et *Union méd.*, 4 mai.) — Sur l'extirpation totale de l'utérus dans les fibromes par la laparotomie et par voie vaginale, par J. ZENKOWITCH. (*Thèse de Moscou.*) — De la myomohystérectomie, par ROSSMANN. (*Cent. f. Gynaek.*, 18 mai.) — Hystérectomie abdominale pour fibrome, par BARBIER. (*Bourgogne méd.*, 1er mars.) — 9 observations d'hystérectomie abdominale supravaginale pour fibromyomes de l'utérus, traitement rétro-péritonéal du pédicule, par FAGUET et VITRAC. (*Rev. de méd.*, juin.) — Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes, 10 nouveaux cas, 10 guérisons, par DELAGENIÈRE. (*Arch. prov. de chir.*, IV, 8.) — Histologie des môles et rapports de la caduque avec les tumeurs malignes de l'utérus, par FRAENKEL. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 3.) — Adénome malin de l'utérus, par STONE. (*N.-York med. j.*, 27 juillet.) — De l'adénome malin de l'utérus et de ses diverses formes, par C. RUGE. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 et 25 fév.) — Étude du myome sarcomateux, par PICK. (*Arch. f. Gynaek.*, XLIX, 1.) — Un cas de sarcome utérin déciduo-cellulaire, par TANNEN. (*Ibid.*, XLIX, 1.) — Un cas de sarcome déciduo-cellulaire, par KUPPENHEIM. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 août.) — Déciduome malin, étude des tumeurs malignes formées de tissu placentaire, par BACON. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Du déciduome malin, par JEANNEL. (*Arch. méd. Toulouse*, 15 fév., et *Arch. de tocol.*, juillet.) — Cancer du corps de l'utérus et cancer de l'S iliaque, par CZEMPIN. (*Berlin. klin. Woch.*, 31 déc. 1894.) — Du cancer épithélial du corps de l'utérus, par FLAISCHLEN. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 3.) — Anatomie et traitement du cancer du corps utérin, par HOFMEIER. (*Ibid.*, XXXII, 2.) — Nouvelle méthode opératoire du cancer utérin, par RIES. (*Ibid.*, XXXII, 2.) — De l'extirpation totale vaginale de l'utérus, par RUGE. (*Ibid.*) — Technique de l'extirpation totale, par MACKENRODT. (*Ibid.*) Du cancer de l'utérus, traitement par le violet et le bleu de méthylène, par

Portes. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement chirurgical de l'anurie due au cancer de l'utérus, par Aumont. (*Thèse de Paris.*) — 2 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col ayant envahi le vagin ; 1 mort par hémorragie secondaire résultant d'une déchirure du ligament large entre deux pinces, par Mackenrodt. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 fév.) — Sur les avantages de l'hystérectomie vaginale et de l'amputation sus-vaginale du col dans le cancer du col utérin, par Lewers. (*Lancet*, 6 juillet.) — Amputation sus-vaginale du col dans un cas de cancer avec grossesse consécutive, par Monod. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Extirpation ignée de l'utérus cancéreux, par Mackenrodt. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 juin.) — L'hystérectomie abdominale dans le traitement des affections pelviennes septiques et dans l'épithéliome du col de l'utérus, par Irish. (*Boston med. j.*, 20 juin.) — De l'élytrotomie et de la céliotomie vaginale, par Pichevin. (*Semaine méd.*, 11 août.) — Nouveau procédé de résection du col de l'utérus, par Candela. (*Ibid.*, 17 août.) — De la colpo-hystéropexie antérieure, par Le Dentu et Pichevin. (*Ibid.*, 14 août.) — Matériel de ligature et de suture pour l'hystérectomie, par Baldy. (*Amer. j. of obst.*, juin.) — Un procédé d'hystérectomie totale par voie double ou par manœuvres abdominales et vaginales combinées, par Camescasse. (*Rev. de thér.*, 15 juin.) — De l'hystérectomie vaginale suivant la méthode de Martin, par Lothrop. (*Boston med. Journ.*, 9 mai.) — Sur un point de l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale, modifications à apporter au premier temps de cette opération, par Condamin. (*Lyon méd.*, 30 juin.) — Procédé d'hystérectomie abdominale totale, par G. Richelot. (*Bull. méd.*, 6 mars.) — De l'hystérectomie vaginale, par Purcell. (*Lancet*, 27 juillet.) — Technique de l'hystérectomie vaginale, par Jacobs. (*Americ. j. of obst.*, mai.) — Technique des ablations totales de l'utérus, par Mackenrodt (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mars.) — *Idem*, par Duhrssen. (*Ibid.*, 8 avril.) — *Idem*, par Ruge. (*Ibid.*, 11 mars.) — Traitement du moignon intrapelvien, mais extrapéritonéal dans l'hystérectomie sus-vaginale, 15 cas, une mort, par Goffe. (*Americ. j. of obst.*, août.) — Des escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale, par Legueu. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Hystérectomie abdominale accidentelle, par Cerné. (*Normandie méd.*, 1er juin.) Hystérectomie abdominale totale, par Goullioud, Laroyenne, Reverdin, etc. (*Cong. de gyn.*, *Semaine méd.*, 14 août.) — Hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro, par Guermonprez. (*Gaz. des hôp.*, 3 sept.)

V-X-Z

Vaccin. — Les microbes secondaires de la vaccine, par Le Dentu. (*Semaine méd.*, 28 août.) — Transmission de l'immunité vaccinale de la mère au fœtus, par Ausset. (*Bull. méd.*, 12 juin.) — Vaccine et variole, par P. Courrent. (*N. Montpellier méd.*, IV, 2, p. 140.) — De l'albuminurie après la vaccination, par Falkenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 octobre 1894.) — Accidents de la vaccination, par Voigt et par Stumpf. (*Hyg. Rundsch.*, IV, 23, p. 1,099.) — De la revaccination chez les variolés, par Marty. (*Gaz. des hôp.*, 20 août.) — Les leucocytes et les propriétés actives du sérum chez les vaccinés, par Bordet. (*Ann. Inst. Pasteur*, IX, 6.) — Etude de l'immunité et de l'idiosyncrasie, par Zeehuisen. (*Arch. f. exp. Path.*, XXXV, 4 et 5.)

Vagin. — Etude bactériologique des sécrétions vaginales des nouveau-nés, par Vahle. (*Zeit. f. Geburts.*, XXXII, 3.) — Des microorganismes du canal génital de la femme, par Chatinière. (*Thèse de Paris.*) — Des propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes, par Romme. (*Gaz. hebd. Paris*, 1er juin.) — Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde, par Monod. (*Semaine méd.*, 21 août.) — Des kystes du vagin, par Mlle Zeligson. (*Thèse de Paris.*) — Pathogénie des kystes du vagin, par Nouvel. (*Thèse de Bordeaux.*) — Tumeurs kystiques du vagin, par Wiggin. (*New York med. j.*, 13 juillet.) — Kyste dermoïde de la paroi antérieure du vagin, par Villar. (*Journ. méd. Bordeaux*, 7 avril.) — De la columnisation du vagin, par Noguès. (*Ann. de gyn.*, mai.) — De la columnisation du vagin, par Quincieu. (*Thèse de Lyon.*) — Rétrécissement cicatriciel très prononcé du vagin, suite de corps étranger, par Winternitz. (*Cent. f. Gynaek.*, 15 juin.) — Cas de cloisonnement transversal du vagin, par Stone. (*Boston med. Journ.*, 30 mai.) — Cas de cloisonnement transversal du vagin, par Torrey. (*Ibid.*, 30 mai.) — De l'intervention par la voie rétro-vaginale dans certains cas d'atrésie acquise du vagin, par Heydenreich. (*Sem. méd.*, 21 août.) — Traitement chirurgical du cancer primitif du vagin, par Lauenstein. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XLI, 4.) — De l'extirpation du vagin, par Thomson. (*Cent. f. Chir.*, 1er juin.)

Varicelle. — Une épidémie de varicelle dans une maternité, par Apert. (*Bull. méd.*, 1er sept.) — De la période d'incubation de la varicelle combinée avec la rougeole et de la parotidite consécutive à la varicelle, par Cheesman, (*Med. Record*, 27 juillet.) — Coexistence de la varicelle et de la rougeole, par Szczypiorski. (*Gaz. des hôp.*, 15 juin.) — Des rashs dans la varicelle. par Bourdineau. (*Thèse de Paris.*)

Variole. — Contagiosité de la variole avant le stade d'éruption, par M. von Arx. (*Corresp. Blätt. f. schweiz Aerzte*, 1er déc. 1894.) — Remarques critiques sur le précédent, par Th. Lotz. (*Ibid.*, 15 déc. 1894) — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne, sur la variole et la vaccine. (*Ibid.*, 15 janvier.) — Sur la variolisation, par Hervieux. (*Bull. acad. méd.*, 21 mai.) — Epidémie de variole, par Cerné. (*Normandie méd.*, 15 juin.)—Diagnostic de la variole, par Richards. (*Lancet*, 20 juillet.) — Varioloïde au 22e jour après une revaccination suivie de succès, par Marty. (*Gaz. des hôpit.*, 4 juillet.) — Substances vaccinantes du sérum sanguin des varioleux et des vaccinés, par Landmann. (*Zeitschr. f. Hyg.*, XVIII.) — Emploi du sérum vaccinal dans le traitement de la variole, par Eliot. (*Med. News*, 29 juin.) — Traitement de la variole par l'usage interne de perchlorure de fer, par Bedford Brown. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 27 juillet.)

Veine. — Phlébites multiples, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 28 juillet.) — Phlébite fémorale simulant une épiplocèle enflammée, par Bert. (*Lyon méd.*, 28 avril.) — Sur la phlegmatia alba dolens et les coagulations sanguines intravasculaires, par Hayem. (*Gaz. des hôpit.*, 27 juin.) — Pyléphlébite suppurée, abcès de la rate, corps étranger dans la veine mesentérique, mort de pyohémie, par Phillips. (*London clin. Soc.*, 24 mai.) — Traitement de la phlébite, par Censier. (*France méd.*, 31 mai.) — Etiologie des varices, par Georgevitch. (*Thèse de Paris.*) — Traitement des ulcères variqueux par l'excision de la veine saphène interne, par Riolacci. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Du traitement par la ligature du varicocèle, des naevus et des varices, par Ball. (*Practitioner*, juin.)

Vertige. — Un cas de vertige de Gerlier, par Ackermann et Demiéville. (*Rev.*

méd. Suisse rom., XIV, 613 et 624.) — Le vertige de la neige, par Prompt, (*Dauphiné méd.*, 12 avril.)

Vessie. — Des glandes de la vessie, par Hey. (*Beit. z. klin. Chir.*, XIII, 2.) — Innervation des muscles de la vessie, par Courtade et Guyon. (*Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Sur la résistance du sphincter vésico-urétral, par les mêmes. (*Ibid.*) — Sur le pouvoir absorbant de la vessie, chez l'homme, par Pousson et Sigalas. (*Bull. méd.*, 1er mai.) — Vessie et urètre surnuméraires, par Péan. (*Bull. acad. méd.*, 28 mai.) — De la cystoscopie, par R. Hottinger. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er janvier.) — De l'œdème bulleux de la vessie chez la femme, par Kolischer. (*Cent. f. Gyn.*, 6 juillet.) — Sur une forme de vessie irritable chez la femme, par Aievoli. (*Gl'incurabili*, X.) — Un nouveau cas de cystite du col, provoqué par le bicarbonate de soude à hautes doses, par A. Mathieu (*Soc. méd. des hôp.*, 17 mai.) — Symptômes cliniques de l'inflammation chronique péri-vésicale, par E. Fuller. (*Med. Record*, 13 avril.) — Des péricystites suppurées, par Maignant. (*Thèse de Paris.*) — Fausses cystites, par A. Guepin. (*Gaz. méd. de Paris*, 20 juillet.) — Etude et diagnostic des fausses cystites, par Legras de Grandcourt. (*Thèse de Paris.*) — Cystite tuberculeuse, par Tedenat. (*N. Montpellier méd.*, IV, 23, p. 446.) — 4 cas de tuberculose de la vessie traités par la cyostotomie sus pubienne, par Cheyne. (*Lancet*, 22 juin.) — Tuberculose vésicale traitée par la taille sus-pubienne et la cautérisation, par Moullin. (*Lancet*, 25 mai.) — Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie, par Michon. (*Thèse de Paris.*) — De quelques indications de la cystostomie sus-pubienne, par Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.) — Les calculs de la vessie, par Heath. (*Brit. med. j.*, 1er juin.) — Des calculs de la vessie dans l'enfance, par Hendrix. (*La Pol. Bruxelles*, 15 juin.) — Calcul vésical. Lithotritie en une séance. Spasme urétral rendant impossible l'évacuation immédiate des débris. Guérison, par E. Loumeau. (*Ann. policl. Bordeaux*, janvier.) — Calcul de la vessie enkystée, par Dandois. (*Ann. Soc. belge Chir.*, 15 juillet.) — Calculs primitifs de la vessie, glycosurie ; taille hypogastrique, par Ch. Faguet. (*Journ. méd. Bordeaux*, 14 avril.) — Calcul de la vessie, cystostomie sus-pubienne temporaire, par Bérard. (*Lyon méd.*, 30 juin.) — Le début de la hernie de la vessie, par Treves. (*Lancet*, 8 juin.) — Hernies de la vessie à travers l'urètre, par Vary. (*Thèse de Bordeaux.*) — Hernie de la muqueuse vésicale par l'urètre, par Verhoogen. (*La policl. Bruxelles*, 1er juillet.) — De l'opération de la cystocèle, par Hadra. (*Cent. f. Gynaek.*, 29 juin.) — Rupture intra-péritonéale de la vessie, suture, par Walsham. (*Royal med. Soc.*, 11 juin.) — Greffe de l'uretère dans la vessie, pour remédier à une blessure de ce canal au cours d'une laparatomie, guérison, résultats éloignés, par Pozzi. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Exstrophie de la vessie opérée par le procédé de Segond, par Vincent. (*Lyon méd.*, 5 mai.) — Modification du procédé de Segond pour l'exstrophie de la vessie, par Pousson. (*Sem. méd.*, 21 août.) — De la sonde à demeure, par Guyon et Michon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, mai.) — Traité des tumeurs de la vessie intra- et paravésicales, par Clado. (In-8°, 740 p., *Paris.*) — Une complication très rare des tumeurs de la vessie. Cystostomie pour rétrécissement de l'urètre, par Adenot. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juillet.) — Variété exceptionnelle d'hématurie dans un cas de tumeur de la vessie, par Ferria. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, juin.) — Cancer de l'urètre et de la vessie, ablation, avec fermeture de la plaie suspubienne et drainage permanent, par Battle. (*Lancet*, 15 juin.) — Urétroscopie et cystoscopie ; cathétérisme des uretères et ablation intra-vésicale des tumeurs, par Fred. Valentine. (*Journ. Americ. med. Ass.*, 6 juillet.)

Vin. — Dosage des acides volatiles dans les vins, par Burker. (*Acad. des sc.*, 4 juin.)

Vitiligo. — Vitiligo par compression, par Hallopeau et Salmon. (*Soc. franç. de dermat.*, 19 avril.) — Vitiligo par compression, par Gaucher. (*Ibid.*, 11 juillet.)

Vomissement. — Vomissements hystériques d'origine cérébrale, par Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 11 juillet.) — Vomissements incoercibles traités par la faradisation des nerfs pneumogastriques, par Bonnefin. (*Journ. de méd., Paris*, 7 juillet.) — Traitement des vomissements incoercibles, par Bienfait. (*Thèse de Paris.*) — Etiologie et traitement des vomissements incoercibles, par de la Torre. (*Sem. méd.*, 10 août.) — Traitement des vomissements incoercibles par le curetage, par Audebert. (*Ibid.*)

Xanthome. — Xanthome tubéreux, par Frèche. (*Journ. méd. Bordeaux*, 17 mars.)

Xeroderma. — Xéroderma pigmentosum, par du Castel. (*Soc. franç. de dermat.*, 11 juillet.)

Zona. — Pathogénie du zona, par Baldet. (*Thèse de Paris.*) — Zona fémoro-cutané dans un cancer de l'utérus, par Carrière. (*Sem. méd.*, 17 août.)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XLV ET XLVI.

(ANNÉE 1895.)

B

C

D

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

ERRATUM

Tome XLVI, p. 428, à l'article « Il y a un élément rénal dans le diabète, par Lépine », dernière ligne. Lire : « La glycémie étant moindre si le sucre est davantage éliminé », au lieu de « faiblement éliminé ».



Paris. Imp. PAUL DUPONT (Cl.), 147.11.95.

